

LA TORSION INTRA-ABDOMINALE DES ANNEXES SAINES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Février 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Pierre-Louis DESSARD

Né le 17 Avril 1909 à Damvillers (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. HAMANT, professeur	<i>Président</i>
		FRUHINSHOLZ, professeur..	{ <i>Juges</i>
		BODART, agrégé	
		CHALNOT, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE
H. FREMONT ET FILS
VERDUN

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**La Torsion intra-abdominale
des Annexes saines**

LA TORSION INTRA-ABDOMINALE DES ANNEXES SAINES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Février 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Pierre-Louis DESSARD

Né le 17 Avril 1909 à Damvillers (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. HAMANT, professeur	<i>Président</i>
	FRUHINSHOLZ, professeur . .	{ <i>Juges</i>
	BODART, agrégé	
	CHALNOT, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE
H. FREMONT ET FILS
VERDUN

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O ✱, I ☼.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I ☼.

WEISS, O ✱, I ☼ ; BOUIN, O ✱, I ☼ ; ACÉ, ✱, I ☼ ; P. PARISOT, O ✱, I ☼.

ANCEL, ✱, I ☼ ; GARNIER, ✱, I ☼ ; M

Professeurs :

Anatomie pathologique
Clinique médicale
Physique
Clinique des maladies syphilitiques et
cutanées
Clinique de chirurgie infantile et d'ortho-
pédie
Physiologie
Clinique obstétricale et Accouchements...
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique de chirurgie urinaire
Histologie
Anatomie descriptive
Clinique chirurgicale
Clinique médicale
Chimie médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Hydrologie
Clinique des maladies des enfants
Bactériologie
Histoire naturelle et parasitologie

M. L. HOCHÉ, O ✱, I ☼.
M. G. ETIENNE, O ✱, I ☼.
M. DUFOUR, ✱, I ☼.

M. L. SPILLMANN, O ✱, I ☼.

M. FROELICH, ✱, I ☼.
M. M. LAMBERT, ✱, I ☼.
M. A. FRUINSHOLZ, O ✱, I ☼.
M. P. JACQUES, ✱, I ☼.
M. P. ANDRÉ, O ✱, I ☼.
M. R. COLLIN, ✱, I ☼.
M. M. LUCIEN, ✱, I ☼.
M. G. MICHEL, ✱, I ☼.
M. L. RICHON, ✱, I ☼.
M. H. ROBERT, ✱, I ☼.
M. M. PERRIN, ✱, I ☼.
M. J. PARISOT, C ✱, I ☼.
M. HAMANT, ✱, I ☼.
M. P. JEANDELIZE, ✱, A ☼.
M. SANTENOISE, ✱, M A ☼, I ☼.
M. L. CAUSSADE, ✱, I ☼.
M. DE LAVERGNE, ✱, I ☼.
M. G. THIRY, ✱, I ☼.

Chargés de cours complémentaires :

Pharmacologie
Clinique des maladies tuberculeuses (1)
Pathologie générale
Clinique gynécologique
Pathologie externe
Clinique des maladies contagieuses
Propédeutique dermatologique
Médecine opératoire
Electrothérapie et radiologie
Accouchements (Cours théorique)
Obstétrique
Clinique propédeutique médicale
Anatomie et Médecine légale
Pathologie interne
Clinique des maladies mentales
Education physique (1)
Physiologie du travail
Clinique neurologique (1)
Propédeutique O. R. L. (1)

M. M. PERRIN, ✱, I ☼, professeur.
M. J. SIMONIN, A ✱, agrégé.
M. SIMONIN, A ☼, agrégé.
M. A. BINET, ✱, I ☼, agrégé libre.
M. GUILLEMIN, A ☼, agrégé.
M. DE LAVERGNE, ✱, I ☼, professeur
M. WATRIN, ✱, I ☼, agrégé libre.
M. M. BARTHÉLEMY, ✱, I ☼, ag. lib.
M. G. LAMY, ✱, I ☼, agrégé.
M. JOB, ✱, I ☼, agrégé.
M. VERMELIN, ✱, A ☼, agrégé.
M. DROUET, A ☼, agrégé.
M. MUTEL, ✱, I ☼, agrégé.
M. ABEL, ✱, A ☼, agrégé.
M. HAMEL, ✱, docteur.
M. L. MERKLEN, A ☼, agrégé.
M. L. MERKLEN, A ☼, agrégé.
M. MICHON, docteur.
M. AUBRIOT, docteur.

Agrégés, en exercice :

MM. LAMY, ✱, I ☼.
MUTEL, ✱, I ☼.
VERMELIN, ✱, A ☼.
GUILLEMIN, A ☼.
ABEL, ✱, A ☼.
DROUET, A ☼.
SIMONIN, A ☼.

MM. MERKLEN, A ☼.
FLORENTIN.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF.
POURCINES.
MELNOTTE, O ✱.



Agrégés libres :

MM. G. GROSS, ✱, I ☼ ; S. REMY, I ☼ ; BUSQUET, I ☼ ; L. JOB, ✱, I ☼ ;
M. FAIRISSE, I ☼ ; BINET, ✱, I ☼ ; BARTHÉLEMY, ✱, I ☼ ; WATRIN, ✱, I ☼.
M. E. TRIBOLET, I ☼, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont
présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR HAMANT,

Professeur de clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

Professeur de clinique obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

Chargé de cours à la Faculté

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Chargé du cours de propédeutique chirurgicale

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Généralités

La torsion des organes dans l'abdomen est une chose fréquente, qu'il s'agisse de la torsion d'organes sains antérieurement ou de celle de formations pathologiques. Les kystes de l'ovaire tordus et le volvulus de l'intestin autour de son mesentère en sont les exemples les plus courants. Les annexes dont la constitution anatomique s'y prête cependant semblèrent pendant longtemps faire exception à la règle. M. le professeur HAMANT, dans un rapport à la société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, en 1923, au sujet d'une torsion tubaire avec abcès froid, écrivait : « Je signalerai comme un point un peu particulier la torsion de la trompe gauche. Cette particularité doit pourtant être assez fréquente étant donné que cette

masse se présente sans adhérences, munie d'un long pédicule, bref, toutes les conditions prêtant à la torsion ».

Nous avons pensé, sur les conseils de notre maître M. le professeur HAMANT, qu'il pourrait être utile de grouper les observations et les travaux faits à ce sujet, et d'essayer d'en tirer quelques conclusions.

Limites du sujet

Nous voulons tout d'abord limiter notre sujet et rendre compte, mot par mot, du choix de notre titre. Nous éliminerons tout de suite les torsions annexielles en dehors de l'abdomen, dans les hernies par exemple. Ces torsions se produisent en effet par un mécanisme spécial relevant plutôt de l'étranglement herniaire ; leur pathogénie et leurs symptômes cliniques sortiraient du cadre de notre exposé. Nous nous réserverons donc l'étude des annexes en situation intra-abdominale, en position normale ou dérivée de la normale par une circonstance physiologique comme la grossesse.

Par annexes, nous entendrons la trompe et l'ovaire, l'un et l'autre pouvant se tordre soit séparément, soit ensemble, quoique la torsion de l'ovaire seul soit assez rare.

Enfin, nous n'étudierons ici que la torsion des annexes saines. Précisons tout de suite que cette discrimination en annexes saines et en annexes malades ne présente pas d'intérêt au point de vue clinique. En

effet, quel que soit l'état antérieur des trompes et des ovaires, le syndrome de torsion ne présente pas de caractéristiques spéciales. L'intérêt de cette distinction anatomo-pathologique réside surtout dans la pathogénie, qui semble être totalement différente dans l'un ou l'autre cas.

Quel sera alors notre critère d'intégrité des annexes ? La plupart des auteurs tiennent l'examen histologique pour capital. AUVRAY, à qui l'on doit le travail inaugural sur cette question, a écrit : « On ne peut, quelles que soient les présomptions fournies par l'âge, les antécédents, l'aspect macroscopique de la lésion et de l'appareil utéro-annexiel, affirmer l'intégrité de la trompe tordue si l'on n'a pas le critérium de l'examen histologique ». Pour MICHON, l'examen histologique est aussi prépondérant, mais il accorde une certaine valeur à la perméabilité du pavillon tubaire, à la conservation des franges et à l'absence de troubles génitaux antérieurs. Nous verrons plus loin combien ce dernier signe est difficile à préciser dans les formes chroniques. La virginité elle-même n'est pas un critère, étant donné la fréquence des salpingites à bacille de Koch.

Donc, pour AUVRAY et MICHON, l'examen histologique a une valeur presque absolue et il n'est pas d'observations de torsion d'annexes dites saines sans examen microscopique. A ce compte, nous eussions dû laisser de côté bon nombre d'observations que leurs auteurs affirment être des torsions d'annexes saines et pour lesquelles ils n'ont pas jugé utile de pratiquer l'examen histologique. En effet, nous ver-

rons plus loin quelles difficultés rencontre l'histologiste lorsque la lésion est tant soit peu avancée pour éliminer à coup sûr toute trace d'inflammation antérieure ou de villosités choriales.

Nous voyons donc combien il est difficile de trouver un critérium parfait de l'intégrité anatomique de l'annexe. Et puis, ce critérium trouvé, il nous resterait à envisager le côté physiologique de la question. Comme le fait remarquer REGAD, qui nous prouve qu'il n'existe pas des lésions du système nerveux tubaire ou des troubles de son péristaltisme qui ont favorisé la torsion en dehors de toute atération anatomique.

Quoi qu'il en soit et ces restrictions faites, il nous faut conclure, et nous considérerons comme saines toutes annexes au sujet desquelles nous aurons pu relever cet ensemble de faits.

- 1) Utérus normal.
- 2) Etat normal des annexes opposées.
- 3) Perméabilité du pavillon tubaire et persistance des plis longitudinaux.
- 4) Absence d'œuf dans le liquide sanguin de l'abdomen.
- 5) Examen histologique normal ne montrant ni inflammation antérieure, ni villosités, ni modifications d'aucune sorte.
- 6) Absence de corps jaune (si pas de grossesse utérine).
- 7) Absence de toute formation kystique ou pathologique sur l'ovaire.

Ces caractères nous permettent d'éliminer les

annexes malades au sens courant du mot, tout en conservant les annexes modifiées dans une ou plusieurs de leurs caractéristiques, soit congénitalement, soit par lésion d'un organe voisin.

Plan

Après un bref exposé historique, nous envisagerons l'anatomie macroscopique et microscopique de la lésion après en avoir rappelé brièvement l'anatomie et l'histologie normale. Nous étudierons ensuite l'étiologie et la pathogénie de la torsion et nous tenterons de dégager les différentes formes cliniques que nous aurons pu observer. Enfin, après avoir précisé les différents signes qui permettent d'éviter les erreurs et de faire un diagnostic positif, nous dirons quelques mots des différentes modalités de traitement qui ont été employées ; puis nous concluerons.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'attention fut attirée sur la torsion des annexes en général par une observation de BLAND-SUTTON en 1891, à Londres, qui rapporta l'histoire d'une malade opérée par MORRIS qu'il assistait.

Ce n'est qu'en 1898 qu'HARTMANN, dans un article paru dans les Annales de Gynécologie, sous la rubrique « Torsion du pédicule des salpingo-ovarites », publie une observation de torsion de la trompe et de l'ovaire chez une femme enceinte. L'auteur, quoique n'envisageant dans cet article que les torsions d'annexes pathologiques, conclut cependant, d'après les caractères anatomo-pathologiques, à une trompe et à un ovaire primitivement sains.

Ensuite, en 1910 et 1911, parurent les travaux de AULHORN à Leipzig, des Anglais Miss MAC IROY, CASSIDY et NORBURG, NIGEL STARK, et de l'Américain NORRIS.

En 1912, se produisit un fait nouveau ; AUVRAY,

dans son rapport fondamental à la Société de Chirurgie, introduisait la notion d'intégrité des annexes et faisait une étude complète de la question. En 1912 et 1913, LECENE et AUVRAY publiaient de nouvelles observations ; puis la guerre survint, au cours de laquelle plus rien ne parut sur ce sujet.

A part l'observation de l'Allemand SCHWEITZER en 1918, il faut attendre l'année 1921 pour voir surgir une véritable floraison de travaux allemands. Ce sont, en 1921, les rapports de HOFFMANN, BITTMANN, RUDER ; en 1922, ceux de MANSEN, SCHWARTZ, MICHEL, EUNICKE, HUSSY, SCHEID. En 1923, paraissent les observations de l'Américain COHEN et de l'Allemand LANBLE. En 1924, DUJARIER publie la première observation française depuis la guerre ; elle est suivie de celle des Allemands SCHWARZWALLER, MURREY, des Français MICHON et CABANES, puis en 1925 de celles de P. R. MICHAEL, de l'Australien MARSCHALL ALLAN, de HOLSTZCHULTZ. A partir de 1926, ce sont les travaux français qui dominent avec ROCHER et JEANNENEY, POTHERAT qui inspire la thèse STOIANOVITCH, CARAVEN qui montre le rôle important de la torsion annexielle dans la pathogénie de l'hématocèle pelvienne et dont l'observation est commentée dans la thèse de GISELE GELLE, en 1928. LAURENT DARNER publie ensuite aux Etats-Unis une observation très importante au point de vue étiologique. Nous relevons encore en 1927 les noms de Ch. LENORMANT, FIOLE, DE ROUVILLE et la thèse de LAZAREVITCH ; en 1928, ceux de D'ALLAINES et PAVIE, PAUCOT et MEURISSE, L. BARBIER ; en 1929, ceux de BERNARD, FIOLE et la thèse LUCCIONI, MURARD.

Citons plus particulièrement, en 1930, MICHON qui n'avait cessé de s'intéresser à la question des trompes saines depuis 1924 et qui en donne, dans « Gynécologie et Obstétrique », un aperçu très complet appuyé de cinq belles observations. Citons encore, toujours en 1930, les noms de GUIMBELLOT, DELFOURD, AIGROT ; puis en 1931, ceux de MICHON et TRILLAT et en 1932 ceux de PICOT, MOIROUD, DOR et LUCCIONI, RICARD, SORREL, OBERTHUR et LOUTSCH.

Enfin, tout récemment, REGAD, de Lyon, dans un travail d'ensemble sur la torsion de la trompe utérine, a approfondi la question des annexes saines en même temps que celle des annexes malades, sans les séparer l'une de l'autre.

De cette énumération un peu fastidieuse de noms, nous pouvons dégager les faits suivants : le premier cas rapporté en France le fut en 1898. La période de 1891 à 1914 ne vit pour ainsi dire que des travaux anglais, malgré les communications d'AUVRAY en 1912. Après la guerre, jusqu'en 1924, seuls les Allemands semblent s'intéresser à la question ; à partir de 1924, l'intérêt s'éveille en France et suscite les nombreux travaux qui furent présentés dans les sociétés scientifiques.

Ceci nous montre comment une question peut passer à l'ordre du jour dans un pays, y provoquer de nombreuses communications, puis l'intérêt s'épuisant être reprise dans un pays voisin pour y être étudiée à nouveau avec un zèle de néophyte.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Généralités

Nous rappellerons d'abord les notions d'anatomie et d'histologie normale des annexes, surtout celles qui ont trait à leur mobilité et à leurs différentes modifications à certaines époques de la vie génitale : grossesse et menstruation. Nous examinerons ensuite successivement l'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique de la lésion.

Rappels d'anatomie et d'histologie normale

I. - TROMPE UTERINE

1) *Situation et moyens de fixité.* — Les trompes utérines sont deux conduits, l'un droit, l'autre gauche, qui s'étendent de l'extrémité externe de l'ovaire

à l'angle supérieur de l'utérus. Ils recueillent, au moment de la ponte, l'ovule à la surface de l'ovaire et le transportent ensuite dans la cavité utérine.

La trompe se trouve située dans l'aileron supérieur du ligament large entre l'ovaire qui est en arrière et le ligament rond qui est en avant. Tandis que son extrémité interne se continue avec l'utérus, son extrémité externe donne naissance à un tout petit cordon, moitié musculaire, moitié conjonctif, qui l'unit à l'ovaire : c'est le ligament tubo-ovarien. La trompe est donc maintenue en position :

- 1) par sa continuité avec l'utérus ;
- 2) par son emprisonnement entre les deux feuillets du ligament large ;
- 3) par son ligament tubo-ovarien.

Ainsi fixées, les trompes utérines ne peuvent, dans les conditions physiologiques ordinaires, abandonner la région qu'elles occupent. Mais elles sont très mobiles sur place, surtout dans leur portion externe ; c'est ainsi qu'elles se portent en arrière quand le réservoir urinaire se dilate, qu'elles s'abaissent quand les anses intestinales remplies de matières fécales pèsent sur elles, qu'elles se déplacent en avant quand ces mêmes anses intestinales s'amassent dans le cavum rétro-utérin. Nous ajouterons que, dans la grossesse, les trompes, comme l'ovaire, s'élèvent avec le fond de l'utérus dans la cavité abdominale pour redescendre après l'accouchement dans la fosse iliaque d'abord, puis dans l'excavation pelvienne.

2) *Direction.* — De leur extrémité interne à leur

extrémité externe, les trompes présentent tout d'abord une direction transversale jusqu'au pôle inférieur de l'ovaire. Là, elles se redressent, montent verticalement contre le bord antérieur de l'ovaire, puis elles se recourbent en bas et en arrière pour retomber sur le bord postérieur de l'ovaire qu'elles débordent en arrière.

3) *Dimensions.* — Les oviductes, flexueux dans la plus grande partie de leur étendue et contournés en crosse à leur extrémité externe, présentent naturellement des dimensions longitudinales bien supérieures à l'intervalle qui sépare en ligne droite l'angle supérieur de l'utérus des parois latérales du bassin. Leur longueur est en moyenne de 10 à 12 cm. ; BEIGEL, dans de nombreuses mensurations pratiquées sur le cadavre, a trouvé comme minimum 4 cm., et comme maximum 17 cm.

4) *Conformation extérieure.* — La trompe comprend une portion interstitielle, un corps et un pavillon.

a) *Portion interstitielle* : Elle est située dans la paroi même de l'utérus et ne nous intéresse pas du point de vue auquel nous nous plaçons.

b) *Corps* : Il fait suite à la portion interstitielle et se subdivise lui-même en deux parties : une partie interne appelée isthme de BARCOW, une partie externe à laquelle HENLE a donné le nom d'ampoule. L'isthme répond à la partie rectiligne du conduit. Il mesure 3 ou 4 cm. de longueur sur 3 ou 4 mm. de diamètre.

L'ampoule, beaucoup plus large, 8 à 9 mm. de diamètre, mesure 7 à 8 cm. de longueur. Sa paroi est plus mince et sa consistance plus molle que celle de l'isthme.

c) Pavillon : Il revêt la forme d'un large entonnoir dont l'ouverture regarde habituellement en bas, en arrière et en dedans. Il représente la partie la plus mobile de la trompe et sa position varie beaucoup suivant les sujets. C'est lui qui, au moment de la rupture d'une vésicule de DE GRAAF, se porte vers la région de l'ovaire occupée par cette vésicule, pour y recueillir l'ovule et la diriger ensuite vers la portion tubuleuse de l'oviducte. Il est bordé de franges, dont la plus grande, la frange ovarique, fait corps avec le ligament tubo-ovarien.

5) *Conformation intérieure.* — Les trompes utérines sont creusées, intérieurement et dans toute leur longueur, d'une cavité tubuleuse dont le diamètre augmente comme celui de la trompe elle-même, en allant de l'ostium utérinum vers l'ostium abdominale. Elle présente des plis longitudinaux.

6) *Vaisseaux et nerfs.* — Les artères proviennent de l'utérine et de l'ovarienne et forment des arcades le long de la trompe. Les nerfs suivent à peu près le trajet des vaisseaux.

7) *Structure.* — La trompe comporte trois tuniques :

a) Tunique conjonctive : Très mince aux deux ex-

trémities de la trompe, elle est revêtue du péritoine sur une partie de son étendue.

b) *Tunique musculieuse* : Bien développée au voisinage de l'utérus, elle est infiltrée de fibres élastiques, surtout dans ses parties profondes. Les fibres lisses qui la composent se groupent en deux couches : l'une, externe et longitudinale, se continue avec les fibres lisses du voisinage, l'autre, plus épaisse, interne et circulaire, atteint son épaisseur maximum au niveau de l'isthme.

c) *Tunique muqueuse* : Elle varie d'aspect suivant les points considérés. Au niveau de l'ampoule, elle montre une douzaine de plis très hauts que n'efface pas la distension de l'organe et ces plis portent à leur tour des plis secondaires et tertiaires. Ainsi la cavité tubaire a-t-elle l'aspect d'un labyrinthe. La muqueuse comprend :

Le chorion, accolé à la musculieuse qui lui cède des faisceaux décrits sous le nom de *muscularis mucosæ*.

L'épithélium qui est prismatique. La plupart de ses éléments sont ciliés.

8) *Variations fonctionnelles.*

a) *Grossesse* : Au cours de la grossesse, il se produit un énorme développement des vaisseaux et de la tunique musculieuse. La muqueuse s'hypertrophie à tel point que ses replis paraissent oblitérer parfois la cavité tubaire.

b) *Post partum* : L'épithélium et les plis de la

muqueuse tubaire sont le siège d'une désagrégation complète.

c) Menstruation : L'accord est loin d'être réalisé à ce sujet. Nous y insisterons cependant, étant donné l'importance pathogénique des modifications tubaires au moment des règles. Suivant LUCCIONI, c'est LEOPOLD (1877) qui a vu le premier la menstruation tubaire, puis SUTTON en 1887 et CHAPON MENARD. LANDAU et KLEINSTEIN (1892) ont observé quatre fois la menstruation tubaire avec examen microscopique. A l'autopsie de plusieurs femmes mortes en période de menstruation, HENNING a constaté du gonflement de la muqueuse, de l'exagération de la sécrétion, une diapédèse intense. BEND (1898), dans un travail expérimental, a montré que chez les animaux la desmaquation et la congestion, qui caractérisent les règles, débutent dans les trompes.

Cependant, les classiques considèrent la menstruation tubaire comme discutable. CRYZEWICZ pense qu'il ne peut être question de menstruation tubaire ; le sang refluerait dans les trompes par suite de la contraction utérine. Les vaisseaux des trompes sont dilatés, mais pas plus que dans le reste de l'appareil génital. S. KUTZ a observé deux fois des modifications analogues à celles de la trompe gravide, dans deux cas de pièces enlevées peu de temps après les règles. Dans un autre cas, il n'y avait aucune modification quinze jours après les règles.

Enfin l'ovaire, au moment de la menstruation, augmente très nettement de volume, cette hypertrophie

portant sur l'un ou l'autre ovaire, mais sans que cette alternative soit régulière.

II. - OVAIRE

1) *Forme et situation.* — Les ovaires sont des corps d'apparence glandulaire, destinés à produire les ovules. Ils ont la forme d'un ovoïde un peu aplati. Avant la puberté et après la ménopause, l'ovaire est plus petit que pendant la période d'activité génitale. Ils sont situés dans le cavum rétro-utérin, sur les parties latérales de l'excavation pelvienne, en avant du rectum, en arrière du ligament large et de la trompe. Le poids d'un ovaire est de 6 à 8 grammes chez l'adulte.

2) *Moyens de fixité.* — L'ovaire donne attache à quatre ligaments qui sont : le ligament tubo-ovarien, le ligament utéro-ovarien, le mésovarium et le ligament suspenseur de l'ovaire. Malgré ces nombreux moyens de fixité, l'ovaire est un organe très mobile et il ne saurait en être autrement. Les ligaments précités en effet, sont très extensibles et ne sont jamais complètement tendus ; d'autre part, deux d'entre eux, l'utéro-ovarien et le tubo-ovarien rattachent l'ovaire non pas à des parties fixes mais à des parties qui jouissent elles-mêmes d'une grande mobilité.

L'ovaire se meut sur place de bas en haut et de haut en bas autour du bord adhérent du ligament large. Il peut présenter, de plus, de véritables déplacements. De même que la trompe, il accompagne l'utérus gravide et s'élève avec lui dans la cavité abdominale où il occupe successivement l'hypogastre et la

région lombaire. Après l'accouchement, il redescend rapidement dans la fosse iliaque et dans l'excavation où il a déjà repris sa place au vingtième jour. L'ovaire peut ainsi contracter des adhérences loin de sa position normale.

3) *Vaisseaux et nerfs.* — Les artères proviennent de l'ovarienne et les nerfs des ganglions mésentériques supérieurs et pré-aortiques.

4) *Structure.* — La surface de l'ovaire est recouverte par l'épithélium ovarique. Au-dessous de cet épithélium s'étale le parenchyme ovarique. Chez les sujets jeunes, ce parenchyme est formé de deux zones :

La zone superficielle ou cortex, blanche, ferme, homogène, qui mesure 2 mm. et contient les ovules.

La zone profonde ou médullaire qui est molle, rouge, spongieuse, très épaisse et très vasculaire.

Cette répartition en deux zones s'atténue plus tard. Sous l'épithélium, le parenchyme se condense en une lame conjonctive ou albuginée. Plus profondément se trouvent les follicules de DE GRAAF, d'un diamètre de 2 à 20 mm. Plus profondément encore, le tissu conjonctif de l'ovaire se poursuit dans le hile, les cellules fixes deviennent rares, les fibres conjonctives, les fibres élastiques, les fibres musculaires lisses se groupent en faisceaux pour escorter les organes vasculo-nerveux du hile ovarique.

L'épithélium ovarique est parsemé de cicatrices produites par la déhiscence de l'ovule et la dégénérescence du corps jaune. Il y a deux corps jaunes, celui de la menstruation et celui de la grossesse. Le corps jaune gestatif est énorme et sa régression ne

commence qu'au cinquième mois de la grossesse. Sa persistance peut donc avoir une certaine importance au cours d'une laparotomie pour préciser l'existence d'une grossesse tubaire lorsqu'on n'a aucun signe de grossesse utérine.

En résumé, l'ovaire et la trompe sont des organes mobiles maintenus par des ligaments lâches, c'est-à-dire réalisant des conditions de torsion particulièrement favorables.

Lésions anatomo-pathologiques

I. - LÉSIONS MACROSCOPIQUES

1) *Examen in situ.* — Les descriptions que nous ont données les auteurs dans leurs diverses observations sont presque toutes concordantes. Tantôt le chirurgien, par une incision médiane sous-ombilicale, perçoit immédiatement la lésion dans son ensemble, tantôt au contraire l'incision droite, agrandie vers le bas, ne lui donne qu'une vue restreinte sur le petit bassin. On constate, d'une part, la présence d'une mince couche de sang libre dans la cavité péritonéale et, d'autre part, l'existence d'une tumeur pelvienne juxta-utérine.

POTHERAT nous donne la description suivante :
« Laparotomie médiane sous-ombilicale, l'appendice

est long et libre, sans aucune lésion apparente. Appendicectomie. Dans le pelvis, à droite de l'utérus, plaquée contre la paroi pelvienne, existe une tumeur noirâtre en forme de cornemuse. Elle présente, avec une anse intestinale, des adhérences récentes, aseptiques et lâches, qu'on détruit facilement à l'aide d'une compresse. La tumeur est facilement identifiée. Il s'agit ici de la trompe droite fortement dilatée, grosse comme une mandarine et tordue sur elle-même, à l'exclusion de l'ovaire, situé à côté de la trompe et intact. La torsion est serrée, elle compte cinq tours complets en spirale dans le sens des aiguilles d'une montre et siégeant sur le segment isthmique de l'oviducte droit, à quelques mm. de son insertion utérine ».

Quelquefois, à la place de la mince couche de sang, on peut tomber sur de véritables caillots, comme BARBIER le rapporte dans le Journal de Chirurgie en 1928 : « Incision de MAX SCHULLER qui met à jour un appendice gros, rouge, étranglé par une bride près de sa base. On a l'impression nette que, macroscopiquement, il s'agit d'une appendicite. Appendicectomie. En raison de la masse perçue par le toucher, on agrandit l'incision de la paroi en bas pour vérifier s'il n'existe pas de kyste de l'ovaire concomitant. On met alors à jour une grosse masse de caillots et un peu de sang liquide dans le DOUGLAS, puis une énorme poche constituée par la trompe droite tordue trois fois sur elle-même au niveau de l'isthme et accompagnée de l'ovaire. Détorsion, castration droite. Fermeture sans drainage. Suites aseptiques ».

Il peut y avoir même une véritable inondation pé-

ritonéale, comme dans le cas rapporté par FIOLE à la Société de Chirurgie, le 19 Novembre 1927 : « Opération à 22 heures sous éther (il s'agit d'une enfant de 10 ans). Incision de MAC BURNEY. Dès l'ouverture du péritoine, on voit sortir un véritable jet de sang, ce qui nous surprend un peu. J'attire l'appendice : il est long, un peu rouge ; je l'enlève en passant. Mais il est évident qu'il n'est pour rien dans cette hémorragie qui continue, très forte, et qui ne laisse pas de m'inquiéter car l'état de la petite malade est des plus médiocres. De fait, l'hémorragie a été très abondante, le ventre est plein de sang et, à mesure qu'on éponge, l'inondation se reproduit. J'arrive à voir que cela vient du petit bassin.

« C'est alors que je prolonge l'incision en bas et en dedans jusqu'au voisinage de la symphyse pubienne. On incline la table et je puis voir et saisir une grosse masse noire, en arrière et à droite de l'utérus : masse du volume d'une mandarine constituée surtout par des caillots, semble-t-il. Cette masse se rattache à la profondeur par un pédicule où l'on voit distinctement la déformation produite par deux tours de spire, dans le sens des aiguilles d'une montre. On coupe ce pédicule puis quelques attaches plus internes, lâches celles-là, et non tordues.

« L'hémorragie est complètement arrêtée. La paroi est refermée. Guérison sans incident.

« A l'examen de la pièce, on aperçoit, au milieu de la masse de caillots noirs, des tissus qu'il est impossible d'identifier : tout est infiltré de sang, œdématisé, méconnaissable ».

En résumé, à l'ouverture du ventre, on trouve une tumeur et du sang en plus ou moins grande quantité.

Quelle est la position de cette tumeur ? Nous avons vu qu'on la trouvait soit en position basse dans le DOUGLAS ou sur le côté de l'utérus, soit en position haute, c'est-à-dire ayant quitté le petit bassin pour s'élever au-dessus du détroit supérieur dans les cas de torsion au cours de la grossesse. Nous verrons l'importance de cette particularité dans la pathogénie.

L'axe de torsion, c'est-à-dire l'axe passant par le pôle de la tumeur et le pédicule, est en général transversal, c'est-à-dire passant sensiblement par les deux cornes de l'utérus (REGAD).

Quel est maintenant le côté le plus fréquemment atteint ? REGAD, qui est le seul, semble-t-il, qui ait fait le calcul jusqu'ici, trouve une proportion de 68 % de torsions à droite contre 32 % à gauche. Sur nos 64 observations, nous avons dénombré 46 cas de torsion à droite, soit 70 %, et 18 cas à gauche, soit 30 %.

A quoi tient donc cette plus grande fréquence à droite ? Est-ce, comme le pense REGAD, parce qu'un syndrome douloureux droit tente plus le bistouri qu'un gauche ? En effet, presque toutes les torsions droites ont été opérées avec le diagnostic d'appendicite. J. MAUGE voit dans ce fait l'influence du mésocolon gauche, qui fixe davantage le pédicule vasculaire des annexes gauches en s'opposant à la torsion.

2) *Examen de la pièce.*

a) Généralités : Le volume de la tumeur est fort variable. La plupart des auteurs se sont servi pour l'éva-

luer d'images variées. Ils la comparent tantôt à une pomme, à une orange, à une mandarine ou à une aubergine. Tous ces termes sont suffisamment explicites. Le poids a été rarement mentionné. MICHON rapporte le cas d'une pièce qui pesait 420 grammes. Le plus souvent l'organe est augmenté de volume dans de très fortes proportions.

Bien que certains auteurs aient noté une consistance kystique de la tumeur, il est admis en général que celle-ci est moins résistante et moins dure que le kyste. Souvent elle est perdue (observation de BARBIER) au milieu des caillots et de l'épanchement qu'elle a provoqué et il est difficile de la délimiter. Il est souvent difficile de préciser, au premier abord, si l'ovaire a participé à la torsion.

Cette torsion peut porter sur la trompe et l'ovaire simultanément ou séparément. SMITH et BUTLER, en étudiant la torsion des annexes saines avant la puberté, ont trouvé, sur 14 cas, 5 cas de torsion isolée de la trompe. Sur 31 cas, STOYANOVITCH rapporte dans son travail 19 cas de torsion de la trompe seule, soit 61 %.

En 1927, à l'occasion de sa communication à la Société de Chirurgie, CARAVEN, sur 19 observations, trouvait 6 cas de torsion isolée de la trompe pour 13 cas de torsion simultanée. Enfin GELLE, sur 36 observations, relève 23 torsions isolées de la trompe pour 13 torsions simultanées. Sur les 64 observations que nous avons recueillies, 50 indiquent explicitement lorsqu'il y a participation de l'ovaire et se répartissent ainsi :

30 cas de torsion de la trompe seule, soit 60 %.

18 cas de torsion simultanée, soit 36 %.

2 cas de torsion de l'ovaire seul soit 4 %.

Cette proportion est la même que celle relevée par la plupart des auteurs. Nous avons pu trouver en plus deux cas de torsion isolée de l'ovaire ; ces deux cas, rapportés par R. BERNARD et J. MURARD à la Société de Chirurgie en 1929, furent observés l'un et l'autre au cours de la grossesse ; l'intégrité des ovaires fut vérifiée par l'examen histologique.

Une fois enlevée, et en supposant que la salpingectomie ait été pratiquée au ras de la corne utérine, la pièce nous présente de dedans en dehors différentes parties que nous allons étudier successivement.

b) Portion interne. Elle est située en dedans de la torsion, plus ou moins longue suivant le siège de celle-ci et toujours intacte ; sa cavité ne renferme presque jamais de sang. Cette intégrité se comprend facilement du fait que cette portion n'est lésée ni dans sa vascularisation ni dans son innervation.

c) Portion moyenne. Elle est fixe, inextensible et sert d'axe à la rotation de l'organe dont elle forme le pédicule. C'est un cordon grêle, pâle, blanchâtre, de diamètre variable suivant le degré de striction. Sa longueur varie de quelques mm. et plusieurs centimètres.

Voyons où siège la torsion, c'est-à-dire où se trouve le pied du pédicule par rapport à la trompe. Elle peut siéger sur l'isthme, très près de l'utérus, mais jamais exactement à l'insertion utérine. Il y a toujours une portion de trompe saine ou légèrement œdémateuse

entre le pied du pédicule et la corne utérine. D'autres auteurs ont observé la torsion entre le tiers interne et le tiers moyen ou bien encore à la partie moyenne. Toutefois, la plupart des descriptions nous montrent la torsion siégeant à un centimètre ou deux de l'utérus.

La force de constriction est très variable, les auteurs ayant vu des torsions lâches ou des torsions serrées. Il est évident que des torsions d'un demi-tour, comme il en a été signalé ne peuvent être rendues responsables des lésions constatées. Il s'agit probablement d'annexes qui, après s'être tordues fortement, étaient en voie de détorsion peut-être sous l'influence du même mécanisme agissant en sens inverse.

De combien de tours se trouve composé le pédicule ? Il semble que se soit entre un demi et 5 tours, avec un maximum autour de 2 et 3 tours. Voici la proportion pour 45 cas :

1/2	tour	5 cas soit 11 %
1	tour	9 cas soit 19 %
1 ½	tour	2 cas soit 5 %
2	tours	14 cas soit 19 %
2 ½	tours	3 cas soit 7 %
3	tours	8 cas soit 17 %
3 ½	tours	1 cas soit 3 %
4	tours	2 cas soit 5 %
5	tours	1 cas soit 2 %

Quel est le sens de la torsion ? Certains auteurs n'ont pas cru devoir y insister. G. M. GELLE s'exprime ainsi : « De pareilles statistiques, qui ont été de tout temps à la mode pour la torsion des kystes ovariens,

ne donnent rien d'intéressant au point de vue pratique ».

Nous ne sommes point de cet avis et estimons que ces statistiques ont souvent une certaine importance, ne serait-ce que pour mettre les choses au point.

Une controverse s'est élevée parmi les auteurs dans la façon d'exprimer le sens de la torsion, les uns signalaient que la torsion s'est effectuée de gauche à droite ou de droite à gauche ; d'autres, comme REGAD, étant donné que l'axe de la tumeur est transversal, appellent antétorsion le mouvement par lequel le pôle supérieur se dirige en avant vers la paroi abdominale et rétrotorsion le mouvement inverse. Mais la plupart prennent comme repaire les aiguilles d'une montre, la tumeur étant vue par son pôle supérieur, la malade étant couchée sur son dos. Nous nous exprimerons comme eux.

Nous n'avons pu relever que 17 cas où le sens de torsion était noté ; parmi ceux-ci, nous avons trouvé 13 torsions dans le sens des aiguilles d'une montre, dont 9 à droite et 4 à gauche et 4 dans le sens inverse, dont 2 de chaque côté. Notre statistique est conforme à l'opinion généralement admise qui signale antétorsion à droite et rétrotorsion à gauche.

d) Portion ampullaire. Elle est dilatée et surdistendue la plupart du temps par un hématosalpinx, dont le volume est variable. Quelquefois, il est à peine marqué, d'autres fois au contraire il est assez volumineux pour distendre les parois tubaires amincies. Sa rupture est cependant exceptionnelle. Son contenu est également variable ; on trouve soit du sang liqui-

de noirâtre, soit un énorme caillot, qui se moule exactement sur les parois tubaires et dont les parties périphériques sont déjà en voie d'organisation. Nous verrons plus loin la pathogénie de cet hématosalpinx.

e) Pavillon. Lorsque la lésion est très ancienne, il est peu visible. Cependant, la plupart des auteurs ont posé comme condition d'intégrité de la trompe la perméabilité de l'ostium abdominale : « La lésion étant aseptique, il ne se produit pas ou peu cette inflammation du pavillon qui aboutit à l'entropion tubaire, à la fermeture de la trompe par adhérences réciproques des faces péritonéales des franges, avec saillie intratubaire de leurs extrémités ; la lésion n'aboutit pas à la production de la salpingite au sens anatomique du mot ».

f) Ovaire. Il ne présente en général que des lésions macroscopiques assez banales. Lorsqu'il ne participe pas à la torsion, il est ou totalement sain et d'aspect absolument normal ou légèrement congestionné. Au contraire, lorsqu'il participe à la torsion et lorsque celle-ci est récente, il est rouge, violacé, augmenté de volume et perceptible au toucher ; les cicatrices des corps jaunes sont turgescents et prennent l'apparence de petits kystes. A un stade plus avancé, il s'intègre à la tumeur et se nécrose à tel point que, dans plusieurs observations, il est impossible de le délimiter.

3) *Lésions associées.* — La réaction de la séreuse pelvienne aboutit à la formation d'adhérences. Elles sont en général assez lâches comme dans le cas de FIOLE cité plus haut. Ces adhérences se produisent avec les parois pelviennes, avec l'intestin grêle, le

rectum ou l'épiploon. Elles n'ont pas le même caractère de solidité que celles qu'on rencontre à la suite de suppurations ou d'inflammations aiguës des annexes. En somme, elles sont tardives et peu gênantes. Certains auteurs leur font jouer cependant un rôle pathogénique.

Nous avons déjà parlé de l'existence dans le péritoine de liquide qu'on remarque dès l'ouverture du ventre. Ce liquide est rarement séreux simple, le plus souvent il est sero-hématique ou même franchement sanglant en plus ou moins grande abondance. Quelquefois, cette hématocele, au lieu d'être libre, est enkystée comme dans le cas de CARAVEN : « La laparotomie montre une hématocele rétro-utérine bien enkystée dans une fausse membrane fibrineuse. Celle-ci adhère à la face postérieure de l'utérus dont la consistance et le volume sont normaux, et aux annexes gauches également normales », et plus loin : « L'hématocele était complètement entourée d'une fausse membrane fibrineuse qui s'insérait tout autour de la face externe du pavillon : les franges étaient complètement à l'intérieur de cette poche fibrineuse ; il y avait en somme hématome enkysté salpingo-péritonéal. Le contenu de l'hématocele et de l'hématosalpinx a pu être recueilli totalement en raison de l'enkystement ; il se compose de vulgaires caillots de sang fortement homogènes, partout de couleur noirâtre. Nous n'avons trouvé nulle part ces portions blanchâtres ou rosées, en tout cas plus pâles, fermes et organisées, qui correspondent à des débris ovulaires ». Il s'agissait donc bien ici d'un cas d'hématocele enkystée.

II. - LÉSIONS MICROSCOPIQUES

1) *Généralités.* — Nous avons dit dans l'introduction que nous faisons de l'examen histologique le principal critère d'intégrité des annexes. Nous devons donc éliminer toute trace d'inflammation aiguë ou chronique et ne conserverons que les lésions d'infarctus qui paraissent bien être consécutives à la torsion. Cependant, comme le fait remarquer MICHON, il peut y avoir des lésions inflammatoires par réaction contre cet infarctus. Par définition d'ailleurs, l'inflammation est une réaction de défense qui n'est pas spécifique de la lutte contre les agents infectieux. La dilatation vasculaire et l'infiltration hémorragique peuvent se rencontrer dans les deux cas. Malgré tout, l'examen histologique nous permettra d'éliminer les lésions antérieures de salpingite, de tuberculose, d'hydrosalpinx, de tumeur et surtout de grossesse extra-utérine.

2) *Lésions histologiques de la trompe.* — L'examen histologique est caractéristique. Ce sont les figures de congestion et de nécrose suivant l'âge de la torsion qui dominant. Le revêtement péritonéal est souvent normal ; cependant, quelquefois, la tunique séreuse présente au niveau du pédicule tordu, de nombreuses plaques ecchymotiques. Les coupes permettent assez difficilement de reconnaître le squelette de la trompe : toutes les tuniques sont envahies et dissociées par des extravasations sanguines. La paroi musculaire est parsemée de petits infiltrats hémorragiques qui renferment quelquefois du pigment. Souvent l'épithélium a disparu, les plis tubaires sont rarement intacts, le

plus souvent ils sont éclatés au niveau de leur bord libre. Les capillaires sont très dilatés, et fait important, les artères sont presque vides de sang alors que les veines en sont gorgées. Quelquefois, à travers l'unique assise épithéliale, on voit passer des vaisseaux néoformés qui envahissent le caillot. Il y a communication directe entre les capillaires rompus, le tissu cellulaire infiltré de sang et l'hématosalpinx.

Ces lésions sont consécutives à la torsion elle-même ; si celle-ci persiste, aux lésions de congestion s'ajoutent des lésions de nécrose par ischémie. C'est d'abord la muqueuse qui se gangrène, étant sans doute la plus fragile ; puis les tuniques musculaires et péritonéales. Il ne reste plus bientôt que le squelette conjonctif de la trompe noyé dans un tissu mal différencié de néoformation.

Nous allons rapporter quelques examens histologiques parmi les plus détaillés pour mieux faire saisir le caractère des lésions. Voici d'abord une observation de MOIROUD, DOR et LUCCIONI, rapportée le 6 Avril 1932, à la Société de Chirurgie : « L'examen microscopique porte sur un fragment de la trompe au voisinage de la torsion, la lumière tubaire est vide de tout contenu. L'épithélium et le tissu conjonctif qui le supporte ont une structure normale et on n'y relève aucun signe d'inflammation aiguë ou chronique. Les couches musculaires de cette paroi tubaire sont aussi normales.

Par contre, au niveau du tissu conjonctif entourant la trompe et de celui du méso, on note des phénomènes d'hémorragie interstitielle récente, n'ayant

pas encore lieu à des états réactionnels mésenchymateux habituels. Indépendamment de ces vastes plages hémorragiques, le tissu conjonctif du mésosalpinx est le siège d'un léger œdème. Les vaisseaux qu'il contient sont les uns vides de sang, les autres congestionnés, donnant lieu à de petites hémorragies périvasculaires ». Il s'agit ici d'une lésion encore jeune où les éléments réactionnels qui peuvent jeter un doute sur l'état antérieur de l'annexe n'ont pas encore eu le temps de se former.

Voici un autre examen histologique apporté par MICHON dans Gynécologie et Obstétrique, en février 1930 : « Les deux fragments examinés présentent une structure identique. D'une part, on voit une coque périphérique épaissie correspondant aux tissus tubaires absolument sains ; d'autre part, une zone infarctée en nécrobiose succédant brusquement à la précédente. Au contact de l'infarctus, existe une couronne discrète de petites cellules inflammatoires (macrophages). Il existe même quelques cellules géantes. Cette réaction inflammatoire n'est sûrement pas due à l'infection ; elle est la manifestation d'une réaction secondaire des tissus vis à vis du corps étranger que forme l'infarctus.

Même figure dans une autre observation de MICHON : « Sur un premier fragment, on constate en surface du tissu conjonctif assez dense, nucléé, contenant quelques vaisseaux capillaires. Au centre, masse fibroïde avec de grands placards hémorragiques et vestiges de vaisseaux gorgés de sang, le tout en voie de nécrobiose. En somme, abcès d'infarctus »

adhérent à une paroi fibroïde ; pas d'inflammation aiguë.

Sur un deuxième fragment, on voit la paroi musculaire de la trompe sans aucun signe d'inflammation actuelle ou ancienne et insensiblement on passe à un territoire dont les vaisseaux sont gorgés de sang et dans lequel l'œdème distend le stroma. Enfin, on trouve une troisième zone complètement infarctée. »

Dans ces examens, on note la présence de cellules inflammatoires. Voici un exemple pris à un stade plus avancé encore ; il s'agit d'une observation de LENORMANT présentée à la Société de Chirurgie en 1927 : « Les coupes permettent de reconnaître, mais assez difficilement, le squelette de la trompe. L'épithélium a disparu en presque totalité. On note la présence de caillots parfaitement organisés, indiquant une certaine ancienneté de la lésion. Par contre, il est impossible, d'après l'examen des pièces, de déterminer une lésion antérieure à la torsion ; on ne trouve, en aucun cas, aucune altération permettant de penser à la tuberculose ».

En résumé, la lésion est un infarctus hémorragique présentant des veines gorgées de sang et des artères presque vides. Elle évolue vers la nécrobiose.

3) *Lésions histologiques de l'ovaire.* — L'ovaire présente lui aussi des lésions d'infarctus. Dans la zone médullaire, on trouve des hématomes périvasculaires plus ou moins volumineux. Le tissu médullaire est dissocié et les fibres conjonctives forment un riche réseau à mailles larges remplies d'hématies.

Dans la corticale, l'épithélium ovarien persiste

avec tous ses caractères. Les follicules de DE GRAAF ne sont pas altérés.

En résumé, l'ovaire présente des lésions anciennes, petites hémorragies successives dans la substance médullaire, et des lésions récentes constituées par la diffusion des globules sanguins conservant leurs formes dans la substance corticale avec compression simple des follicules de DE GRAAF.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

Fréquence

Nous étudierons dans ce chapitre les conditions qui entourent l'apparition de la lésion, nous réservant d'approfondir leur mécanisme au chapitre pathogénie.

La torsion des annexes saines est une affection dont la connaissance est relativement récente. Nous n'avons pas la prétention d'avoir relevé toutes les observations publiées à ce sujet ; certaines, surtout dans la littérature étrangère, ont pu nous échapper. Quoiqu'il en soit, nous avons pu tout de même en réunir 64. Parmi celles-ci, il en est d'indiscutables pour lesquelles un examen histologique a été pratiqué, mais les autres présentent cependant suffisamment de garanties pour être conservés.

Une affection dont ne trouve que 64 cas en 42 ans

est une affection rare. Quelle est sa fréquence par rapport aux autres lésions gynécologiques. SANTY nous donne la dessus un renseignement précieux sur 1.177 interventions gynécologiques pratiquées dans son service en cinq ans, il a rencontré quatre torsions d'annexes pathologiques et seulement deux torsions d'annexes saines. Il est bien des chirurgiens qui n'en ont pas encore rencontré.

Conditions générales de la torsion

I. - CONDITIONS ANATOMIQUES

Celles-ci paraissent être liées intimement à une anomalie de développement ou de configuration de la trompe; les mésos ont en général une longueur anormale. MICHEL constate une trompe opposée fine et anormalement longue; MICHAEL, un méso anormalement développé, MARSHALL ALLAN et SCHWEITZER un mesosalpinx exagérément long des deux cotés, BITTMANN une trompe très longue infantile, de même EUNICKE une trompe très longue mais normale. PICOT rapporte aussi deux cas où la trompe n'avait pas de méso et n'était pas reliée à l'ovaire et au bassin par un pédicule utéro-ovarien.

Dans toutes ces anomalies anatomiques, il existe une mobilité plus grande de l'organe prédisposant à la torsion. HOFFMANN rapporte même un cas où il y avait absence des moyens normaux de fixations.

En dehors des annexes mêmes, on relève encore comme variation anatomique un varicocèle pelvien et plusieurs cas de rétroversion. On cite même un cas d'ectrodactylie.

II. - CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES

1) *Age*. — Il a paru intéressant à la plupart des auteurs de préciser à quelle époque de la vie féminine se tordaient le plus volontiers les annexes. G. M. GELLE, dans sa thèse, note que « le maximum de fréquence par année d'âge existe pour la deuxième enfance avant la puberté, puis pour les jeunes filles pubères jusqu'à 22 ans ; l'adulte est moins exposée ». LUCCIONI, sur les 38 observations qu'il a relevées, note 32 cas après puberté, soit 84 %, il se trouve donc en contradiction avec G. M. GELLE. Pour REGAD : « l'âge moyen auquel les accidents de torsion s'observent avec un maximum de fréquence paraît être 20 ans. Mais les accidents se voient aussi fréquemment chez les vierges et les toutes jeunes filles ; ils se voient aussi chez les femmes âgées de 40 à 50 ans, ayant eu pour la plupart de nombreuses grossesses ».

Notre statistique personnelle ne porte que sur 58 cas, des auteurs ayant omis de mentionner l'âge. L'âge minimum est de 10 ans et le maximum 49.

Les années où apparaissent le maximum d'accidents se répartissent ainsi :

5 cas à 13 ans soit 8 %

4 cas à 21 ans soit 7 %

4 cas à 28 ans soit 7 %

4 cas à 35 ans soit 7 %

2 cas à 46 ans soit 3 %.

Il est à remarquer que la proportion devient plus forte tous les 6 ou 7 ans.

Par tranche d'années, la fréquence est la suivante :

De 10 ans à 13 ans 4 cas soit 7 %

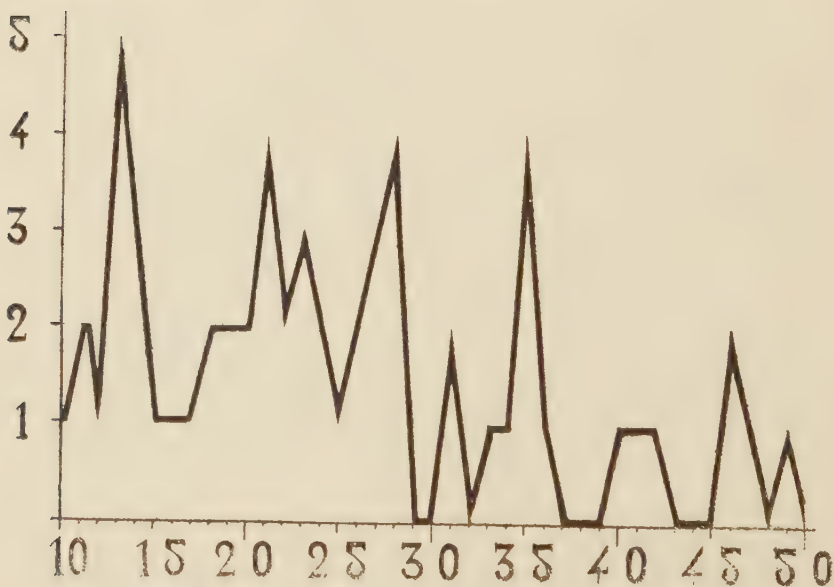
De 13 ans à 25 ans 28 cas soit 48 %

De 25 ans à 35 ans 14 cas soit 24 %

De 35 ans à 45 ans 8 cas soit 14 %

Au delà de 45 ans 8 cas soit 14 %

Nous voyons donc d'après ces tableaux et la courbe ci-dessous que c'est à 13 ans et d'une façon générale de 13 à 25 ans que l'on observe le maximum de torsions, lorsque l'appareil génital est en plein fonctionnement. La fréquence diminue ensuite vers 40 ans pour reprendre entre 45 et 50 ans.



Courbe de la fréquence en fonction de l'âge.

En ordonnée, le nombre de cas ; en abscisse, le nombre des années.

2) *Puberté*. — Nous avons relevé 6 cas, soit 10 % de torsions avant la puberté; encore faut-il remarquer que sauf dans un cas où la malade avait 10 ans, il s'agissait de fillettes de 12 à 13 ans, c'est-à-dire, sur le point d'être réglées, et nous pourrions invoquer pour elles quand nous étudierons la pathogénie, le même mécanisme de congestion pelvienne que pour les adultes.

Entre 13 et 14 ans, c'est-à-dire en pleine puberté, nous relevons 8 cas, soit 14 %. La virginité ne semble pas être une cause prédisposante, puisque nous n'avons pu trouver que 9 cas, soit 15 %. LUCCIONI, sur ces 38 observations en trouve 10.

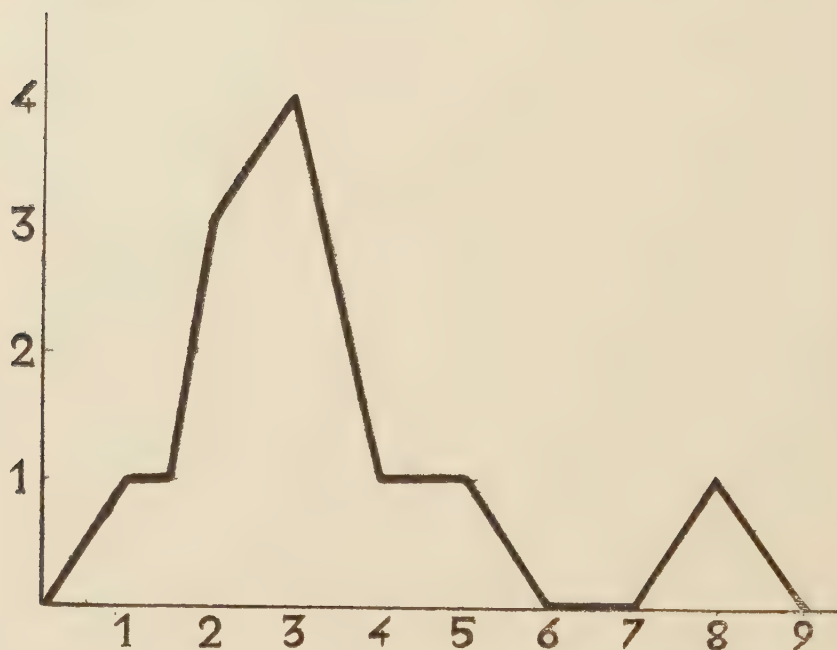
3) *Grossesse*. — Beaucoup d'auteurs ont voulu faire jouer à la grossesse un rôle important dans la constitution de la torsion. En 1926, STOIANOVITCH, sur 19 observations, en rapporte 4 au cours de la grossesse, G. M. GELLE en trouve 6 sur 36 cas et LUCCIONI 8 sur 38. Nous-mêmes, sur 64 cas, avons pu en réunir 14.

A quel moment de la grossesse se produit de préférence la torsion ? Sur 12 cas où l'âge de la grossesse est mentionné, nous relevons :

- 1 cas à 6 semaines
- 1 cas à 1 mois
- 3 cas à 2 mois
- 4 cas à 3 mois
- 1 cas à 4 mois
- 1 cas à 5 mois

On note donc nettement un maximum de fréquence

au 2^e et au 3^e mois. Nous donnons ci-dessous la courbe de la fréquence en fonction de l'âge de la grossesse.



Courbe de la fréquence en fonction de l'âge de la grossesse.
En ordonnée, le nombre de cas ; en abscisse, le nombre de mois.

L'opération n'a pas d'influence sur l'évolution de la grossesse.

Voyons maintenant dans quelles proportions les multipares entrent dans notre statistique. LUCCIONI en trouve 9 sur 38 observations. Sur 64 nous en trouvons 18, soit 30 % de multipares contre 70 % de nullipares. Les chiffres sont donc comparables.

La disproportion entre nulli et multipares n'est qu'apparente car les premières bénéficient de tous

les cas situés autour de la puberté. A partir de 20 ans l'équilibre se rétablit, et la balance penche même en faveur des multipares à partir de 25 ans. A noter que la malade la plus âgée fit sa torsion à 49 ans, après avoir eu 11 enfants et une fausse couche.

4) *Menstruation.* — REGAD accorde à la menstruation une importance prépondérante ; elle déclencherait la crise selon lui, et il la retrouve à l'origine de 58 % de cas.

Malgré la lecture attentive de nos observations, nous n'avons pu trouver que 13 cas où les règles paraissaient avoir un rapport direct avec les accidents douloureux. Pour les autres cas où les règles n'étaient pas encore apparues (9 cas), ou elles étaient irrégulières (5 cas), ou elles étaient normales, ou bien encore il n'en est point fait mention. Dans nos 13 cas cités plus haut, les dates d'apparition des règles se répartissent ainsi :

7 fois pendant la crise douloureuse soit 10 %

3 fois dans les 2 ou 3 jours précédant la crise soit 5 %

3 fois dans les 2 ou 3 jours suivant la crise soit 5 %

Au total 21 %

5) *Autres conditions physiologiques.* — MICHEL dans une observation rapportée dans la thèse de STOÏANOWITCH signale le cas d'une femme qui eut plusieurs crises douloureuses survenant soit après le coït, soit au moment de la menstruation ; une crise plus douloureuse avec constipation l'amena à l'hôpital avec le diagnostic d'hématocèle.

Les exercices physiques violents sont rarement à l'origine de la crise, cependant une observation de

RUDER, rapportée par HANSE, relate le cas d'une jeune fille de 18 ans qui en exécutant un mouvement de flexion du corps en arrière, fut prise brusquement d'une douleur violente dans le côté droit de l'abdomen. Dans un autre cas, c'est un mouvement dans le lit qui provoqua l'apparition de la crise ; des accès de toux violents ont été signalés à l'origine de celle-ci. PAUCOT et MEURISSE, dans la revue de Gynécologie et d'Obstétrique, citent une femme dont les crises douloureuses apparurent dans le côté droit à la suite d'un effort de défécation. Presque tous les événements qui modifient la statique interne ont été invoqués à l'origine.

III. - CONDITIONS PATHOLOGIQUES

1) *Maladies antérieures.* — Les antécédents pathologiques sont rarement notés ainsi que les antécédents héréditaires qu'il serait intéressant de connaître au point de vue malformation. La notion d'affections antérieures surtout abdominales pourrait nous éclairer au point de vue pathogénique.

On trouve un cas de typhoïde et plusieurs cas d'appendicite, ceux-ci étant cependant sujets à caution, comme nous le verrons dans l'étude clinique. En effet, les formes chroniques à poussées successives ne sont pas rares et quand elles siègent à droite, elles sont toujours confondues avec les appendicites. Quoiqu'il en soit, lorsque la crise a été suivie d'appendicectomie, on peut penser qu'il existait réellement une appendicite.

2) *Maladies concomitantes* — Il s'agit principale-

ment de deux observations rapportées en 1932 par PICOT et RICARD à la Société de Chirurgie. Les auteurs ont opéré deux malades qui ont fait simultanément une appendicite et une torsion d'annexes saines. La torsion n'a été découverte qu'au cours de l'intervention.

IV. - CONDITIONS EXTRINSEQUES

1) *Traumatisme.* — Le traumatisme se retrouve nettement à l'origine de plusieurs cas. Il peut s'agir soit d'un traumatisme abdominal par une poignée de porte (HEIL), soit d'une chute dans un escalier, soit d'un coup de pied (LAURENT DARNER). Dans d'autres cas le rapport est moins net, LAMBLE cite le cas d'une torsion survenue 3 semaines après un traumatisme abdominal. Dans une observation de KOLER, c'est un mois après un accident d'automobile qu'une femme de 40 ans se plaignit d'une douleur abdominale localisée dans la fosse iliaque droite.

2) *Médicaments.* L'unique observation que nous possédions relatant un cas de torsion consécutive à l'ingestion d'un médicament est cependant assez suggestive pour que nous en fassions mention spéciale.

Il s'agit d'une observation de CARAVEN, communiquée à la Société de Chirurgie en 1927 : à la suite d'absorption d'apiol, une femme de 34 ans 1/2 habituellement bien portante, perd un peu de sang et fait un syndrome abdominal aigu que l'on reconnaît à l'opération comme étant dû à une torsion annexielle. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'annexes saines.

Conclusion

Les accidents de torsion des annexes saines se rencontrent rarement : 2 fois sur 1177 interventions gynécologiques.

La tranche d'âge la plus exposée paraît être de 13 à 25 ans, mais les femmes âgées ayant eu beaucoup d'enfants sont loin d'en être exemptes (4 cas de 46 ans à 49 ans).

Une fois sur quatre (14 observations sur 64) l'affection frappe une femme en état de grossesse, de préférence du 2^e au 3^e mois.

La menstruation se trouve à l'origine de la crise dans 21 % des cas ; dans d'autres cas, on trouve un traumatisme, un mouvement anormal, un effort ou un médicament, (1 cas).

Dans 60 % des cas, la crise survient brusquement, sans que la malade puisse établir une relation de cause à effet avec quoique ce soit.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

Généralités

La pathogénie de la torsion des annexes saines est un des chapitres les plus obscurs de la question. Plusieurs théories ont été émises ; les unes sont tombées en désuétude, les autres ont encore cours actuellement. Le nombre des explications fournies montre bien les hésitations de ceux qui ont approfondi la question.

Quoiqu'il en soit, nous étudierons dans une première partie les conditions anatomiques et physiologiques que nous n'avons fait qu'énumérer au chapitre étiologie, puis dans une deuxième partie, nous verrons comment s'amorce la torsion, les conditions ci-dessus étant mises en œuvre ; enfin, nous étudierons pour finir le mécanisme des troubles consécutifs à cette torsion.

Rôle des différentes conditions étiologiques

I. - CONDITIONS ANATOMIQUES

1) *Flexuosités de la trompe.* — Nous avons vu en étudiant l'étiologie, la fréquence des trompes anormalement flexueuses. Voyons l'origine de cette malformation sur laquelle repose une partie de la théorie d'AUVRAY.

L'oviducte n'est pas un conduit réellement rectiligne, mais dès l'origine alors qu'il est encore canal de MULLER, il décrit une demi-spire autour du canal de WOLFF, et cette disposition se poursuit même sur la corne utérine. C'est l'exagération de cette disposition qui donne lieu (FREUD, WILLIAMS) aux flexuosités tubaires. Celles-ci seraient régulièrement agencées décrivant $6\frac{1}{2}$ à $7\frac{1}{2}$ tours de spire.

La raison de cette torsion doit être recherchée dans la descente de l'appareil tubo-ovarien et dans ce fait que le canal de MULLER en progressant, rencontre sur son chemin des obstacles qu'il est obligé de contourner. NAGEL a bien montré l'existence de la demi-spire primitive, mais pour lui elle n'a rien à voir avec les sinuosités ultérieures qui sont de simples plis, plus ou moins prononcés, analogues à ceux qu'on observe sur tout tube élastique placé dans un espace trop restreint.

BLUMREICH donne encore une autre explication : la trompe est intimement unie à l'ovaire par un double

feuillet péritonéal, comme elle s'allonge plus rapidement que ce double feuillet, elle se plisse. Il peut même se produire une véritable rotation hélicoïdale, si la différence de longueur entre l'oviducte et le méso-salpinx se prononce davantage.

Quelqu'en soit l'origine, la trompe est normalement flexueuse et l'exagération de cette flexuosité apparaît à beaucoup d'auteurs comme une condition sine qua non de torsion. Pour MICHON et DUHAIL, cet état anatomique congénital de la trompe est presque nécessaire.

2) *Longueur de la trompe et de son méso.* — Nous avons vu les nombreuses observations où il était question de trompes anormalement longues et flexueuses, maintenues en place par un méso lui aussi très long. Il s'agit alors, comme le dit MICHON, d'une véritable trompe flottante. Rien d'étonnant à ce que cette laxité ligamentaire favorise une torsion des annexes.

3) *Anomalies.* — Il ne s'agit pas évidemment de monstruosité, mais plutôt de légères modifications du type anatomique courant : elles ont été fréquemment constatées.

BERNARD s'exprime ainsi dans le cas qu'il apporte à la Société de Chirurgie en 1929 et où il s'agissait de la torsion isolée d'un ovaire sain au cours d'une grossesse : « Nous ne saurions préciser s'il s'agissait d'une grossesse de la corne en cours de descente ou d'un simple développement asymétrique de l'œuf dans l'utérus, mais nos constatations opératoires nous ont permis de voir que l'ovaire était véritablement attaché à un cordage tendu en travers du bassin, depuis le rebord

pelvien droit jusqu'au côté gauche de l'utérus. L'ovaire était appendu après ce cordage comme un acrobate à son trapèze. Sans oser résoudre la question, nous ne demandons s'il ne faut pas voir dans cette insertion anormale du ligament ovarien la cause dans notre cas de la torsion d'un ovaire sain ».

Une autre anomalie relevée est l'absence de mésosalpinx. Tel est le cas de PICOT rapporté en 1932 à la Société de Chirurgie : « J'explore alors le bassin et je sens à bout de doigt, un cordon dur comme godronné. J'agrandis l'incision par en bas et j'aperçois une tumeur noire grosse comme une orange. Je l'extériorise très facilement. Il s'agit de la trompe tordue deux fois sur elle-même, énormément distendue et appendue en quelque sorte à la corne utérine par un long et fin pédicule. Chose curieuse, il n'y a pas de mésosalpinx et un fil appliqué sur la racine du pédicule, au ras de la corne, suffit à la cueillir. L'ovaire est intact, sain, normal, mais il est relié au bassin par un méso si court qu'il y paraît fixé. Il n'y a pas de ligament utéro-ovarien, ni de ligament tubo-ovarien. L'incision latérale ne m'a pas permis de juger la disposition opposée ».

L'auteur avait déjà eu l'occasion de rencontrer une torsion de trompe saine auparavant, l'ovaire était intact comme dans le cas ci-dessus, la trompe était complètement libre, sans méso apparent et ne tenait à l'utérus que par un fil pédiculé. PICOT conclut en disant que selon lui, la torsion de la trompe saine ne peut se faire que s'il existe une anomalie péritanéale.

... 4) *Adhérences localisées.* — MICHON fait jouer aux

adhérences localisées un rôle important. La trompe se tordrait alors comme une serviette que l'on tient par les deux bouts et à laquelle on imprimerait un mouvement de rotation. Voici un passage de son observation rapportée dans Gynécologie et Obstétrique en 1927 : « La masse perçue à droite et qui adhère dans la gouttière latérale droite du Douglas est constituée par la trompe qui est tordue plusieurs fois au niveau de son insertion utérine et qui adhère au niveau de son pavillon ».

Les lésions appendiculaires de par les adhérences qu'elles entraînent peuvent avoir un rôle assez important.

II. - CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES

1) *Grossesse*. — Nous avons vu que la torsion des annexes saines se produisait chez des femmes enceintes dans la proportion de 22 %, soit 14 fois sur 64 dans notre statistique. Il est donc hors de doute que l'état de gravidité a une action réelle sur la torsion.

Nous avons de plus remarqué que les accidents de torsion étaient plus fréquents au 2^e et au 3^e mois. Or, c'est à cette époque que l'utérus cessant d'être un organe pelvien devient un organe abdominal et s'élève au-dessus du détroit supérieur. Il est probable que pendant cette période de transition, les annexes, devenues plus mobiles que normalement et prises entre l'utérus et le rebord pelvien se tordent plus facilement.

On a d'ailleurs observé des torsions à tous les mois de la grossesse. Quel mécanisme peut-on alors invo-

quer ? Nous savons que pendant la grossesse il se produit une congestion intense de tous les organes pelviens et notamment des trompes. On a souvent rapporté au cours de laparotomies chez des femmes enceintes des cas d'annexes variqueuses. On peut donc admettre le rôle simultané de la mobilité et de la congestion.

Nous retombons dans la théorie d'AUVRAY que nous étudierons plus loin.

2) *Menstruation*. — Nous avons vu l'importance pathogénique que l'on attribuait à la menstruation. Pour REGAD dans 58 % des cas, la menstruation serait à l'origine de la torsion. Dans notre statistique personnelle la proportion n'est que de 21 %. Quoique plus faible, elle n'en fait pas moins ressortir nettement l'influence des règles.

Nous avons vu au chapitre anatomie pathologique quelles étaient les modifications histologiques et anatomiques des trompes et des ovaires au moment des règles. Quelles en sont les conséquences ? Du fait de la congestion passive des annexes, que nous avons d'ailleurs déjà signalée au cours de la grossesse, nous aurons une augmentation de poids et par suite, une prédisposition à la torsion.

3) *Dysfonctionnement nerveux*. — La trompe possède-t-elle une mobilité propre et si celle-ci existe quelle est sa nature et quelle influence peut-elle avoir sur la torsion ? Voyons donc s'il existe d'abord les mouvements péristaltiques. MICKULICZ-RADECKI, en étudiant la physiologie des trompes chez les lapines a constaté des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques

activés par la chaleur et le froid. Nous ferons remarquer que ces circonstances étiologiques n'ont jamais été relevées dans les observations publiées. DYROFF a décrit aussi les mouvements péristaltiques des trompes, ainsi que PINSOHN, SABOTA, FRAENKEL, CORNER, KOK. D'autres auteurs encore ont confirmé par la radiographie l'existence du péristaltisme tubaire.

MAUCLAIRE, bien que n'ayant pu produire de contractions de la trompe au cours de laparotomie, croit à leur existence et attribue son échec à l'anesthésie du sujet.

La Torsion

I. - GENERALITES

Nous venons d'étudier les conditions de la torsion, mais nous n'avons pas encore vu comment celle-ci se produisait. Nous avons fait en quelque sorte le bilan de toutes les circonstances prédisposantes, mais nous ne savons toujours pas comment s'ébauche le premier tour de spire. Nous allons énumérer les différentes théories émises à ce sujet.

II. - THEORIE DE PAYR

La théorie de PAYR est bien antérieure à celle d'AUVRAY puisqu'elle fut émise par son auteur en 1902. Elle est dite théorie hémodynamique; étant donné le rôle

que PAYR fait jouer au poids du sang gonflant l'organe.

Cet auteur a été capable de reproduire expérimentalement la torsion d'une masse ou d'un disque autour d'un pédicule composé de tubes de caoutchouc. Un tube représentait l'artère, deux tubes les veines de retour. Si ces trois tubes subissaient la même pression interne, la torsion se produisait. Ceci revient à dire que si les veines, au lieu de servir de voie de retour à basse pression sont ou comprimées ou obstruées, la torsion devra se produire.

Deux cas opérés par CHAPUT confirment cette théorie : la variation et la perturbation dues à l'épanchement intra-tubaire du sang causèrent de telles modifications de pression que les trompes se tordirent six fois.

Ramenée sur le terrain pathogénique, PAYR explique la torsion de la façon suivante : c'est l'augmentation de la pression veineuse qui amène le mouvement de rotation de l'organe autour de son pédicule. Les veines distendues forment un arc à forme variable, mais sont limitées dans leur allongement par les artères qui sont moins extensibles. Quand l'artère a atteint sa limite d'extensibilité, l'arc veineux tend à décrire un mouvement de spire qui aboutit à la torsion. Pour peu alors que la compression ajoute sa propre action à l'obstacle que la congestion apporte déjà au cours du sang veineux, la torsion se complètera progressivement.

Cette théorie n'est pour ainsi dire plus admise aujourd'hui, bien qu'on n'ait aucun fait précis à lui

opposer. On lui reproche d'être trop ingénieuse et de n'être en somme qu'une vue de l'esprit. Les choses pourraient se passer ainsi, mais nous en avons aucune preuve autre que le cas isolé de CHAPUT.

La plupart des auteurs voient dans la compression veineuse non pas la cause, mais le résultat de la torsion. Nous verrons plus loin combien les conséquences de la torsion confirment cette hypothèse.

III. - THEORIE ANATOMIQUE D'AUVRAY

En 1912, lors de sa première communication à la Société de Chirurgie, AUVRAY proposa une explication de la torsion. Sa théorie est dite anatomique parce qu'elle fait jouer un rôle important aux flexuosités de la trompe dont nous avons vu plus haut l'origine.

Cet auteur admet que sous l'influence d'une congestion passagère, comme la grossesse et surtout la menstruation, la trompe augmente de volume et accentue sa torsion préexistante. Elle détermine de ce fait une gêne dans la circulation veineuse qui provoque une striction plus serrée.

Expérimentalement, on n'est jamais arrivé à réaliser une torsion comme le prouve l'expérience de Marcel SENECHAL, communiquée au congrès de Gynécologie du 5 octobre 1932. Ayant trouvé dans les travaux de UHLMANN, de Berne, sur le dosage des hormones ovariennes, une figure d'augmentation considérable et de torsion de la corne utérine et des annexes d'une lapine à la suite d'injections sous-cutanées de Sistomensine, il entreprit avec son assistant ROUZAUD

de provoquer des phénomènes plus accentués, espérant parvenir jusqu'aux accidents de la torsion en forçant les doses d'hormone injectable.

L'expérimentation, poursuivie sur des lapines avec la Sistomensine Ciba et sur des cobayes avec la Folliculine injectable Choay n'a pas donné le résultat escompté. On n'a pu noter qu'une augmentation importante du développement des organes génitaux et du développement général des animaux en expérience par rapport aux témoins.

On doit ajouter que si la congestion des annexes a pu être réalisée, il manquait dans cette expérience la mobilité et les flexuosités de la trompe. Les conditions d'AUVRAY n'étaient donc pas réalisées entièrement.

Quoiqu'il en soit, cette théorie est vraisemblable lorsqu'il s'agit de jeunes fillettes, qui font leur torsion au début de leur vie génitale. Nous avons vu en étudiant l'étiologie, que c'est à 13 ans que l'on rencontre le plus fréquemment la torsion, mais elle ne convient plus pour expliquer la torsion chez les femmes plus âgées ayant eu une ou plusieurs grossesses. Il est peu admissible que la malformation tubaire n'ait donné lieu à aucun accident durant 40 ans pour se manifester brutalement par une torsion.

IV. - THEORIE NERVEUSE

Les notions nouvelles qui ont été acquises récemment sur la physiologie tubaire et que nous avons énoncées plus haut ont fait naître une théorie nouvelle dite *théorie nerveuse* ou *spasmodique*. Aussi tous les

auteurs dans les plus récentes communications font-ils jouer un rôle important au dysfonctionnement nerveux.

On peut admettre, comme l'a fait LERICHE pour le volvulus de l'intestin, qu'un trouble dans le péristaltisme peut amorcer la torsion. Ce trouble pourrait résider soit dans l'irrégularité des contractions, soit dans le spasme.

Ce spasme a été nettement vu par différents auteurs, notamment par MAUCLAIRE, qui a créé une nouvelle théorie pour expliquer la grossesse tubaire: l'œuf serait arrêté dans la trompe par le spasme et s'y fixerait. D'ailleurs, confirmant cette théorie, KOK a vu expérimentalement que la trompe présentait au moment de l'ovulation un tonus exagéré qui intéressait les fibres circulaires et longitudinales : l'isthme se contractait et arrêtait un instant l'œuf qui était ensuite chassé par la contraction utérine.

Pour MICHON, le rôle de l'appareil sympathique de la trompe ne fait aucun doute et il voit dans son dysfonctionnement la cause de la torsion. REGAD attribue lui aussi un rôle prépondérant au spasme musculaire.

Il n'y a guère d'ailleurs que la théorie nerveuse qui puisse expliquer certaines torsions à la suite de traumatisme. Il nous paraît tout à fait invraisemblable qu'un choc ou une pression puisse réaliser une lésion aussi spéciale sur des organes somme toute bien protégés et sur lesquels aucune action directe ne peut-être invoquée.

Il est fort probable que le traumatisme agit comme les excitants expérimentaux dont se sont servis plu-

sieurs auteurs en produisant une violente réaction réflexe de la trompe qui, se superposant aux autres conditions, provoque la torsion.

Nous avons vu plus haut cette observation de CARAVEN, rapportée dans son travail par M. G. GELLE, où la crise abdominale avait été déclanchée par l'absorption d'apiol, produit essentiellement spasmogène. Que l'excitant soit chimique ou physique, le résultat est le même et aboutit à une torsion.

V. - CONCLUSION

Malgré toutes ces théories, et leur nombre même en est une preuve, la torsion annexielle n'a jamais été prise sur le vif et nous ne pouvons à ce sujet que formuler des hypothèses.

L'expérimentation ne peut nous donner que des présomptions du fait qu'elle ne peut être pratiquée que sur des animaux dont les trompes, surtout au point de vue de la mobilité, sont totalement différentes des trompes humaines. Il nous paraît donc raisonnable d'adopter une théorie éclectique, basée sur des faits dûment établis.

Il nous semble donc que pour réaliser la torsion, il faut qu'il existe une malformation des annexes jointe à une congestion de celles-ci. Ces deux conditions étant réalisées, un trouble de la contraction tubaire amorcera la torsion qui deviendra de plus en plus serrée sous l'influence de la surpression veineuse et de l'augmentation du poids de l'organe.

Il peut paraître invraisemblable que ces trois conditions soient réalisées simultanément, mais il faut

bien se dire que la torsion des annexes est elle aussi une lésion fort rare.

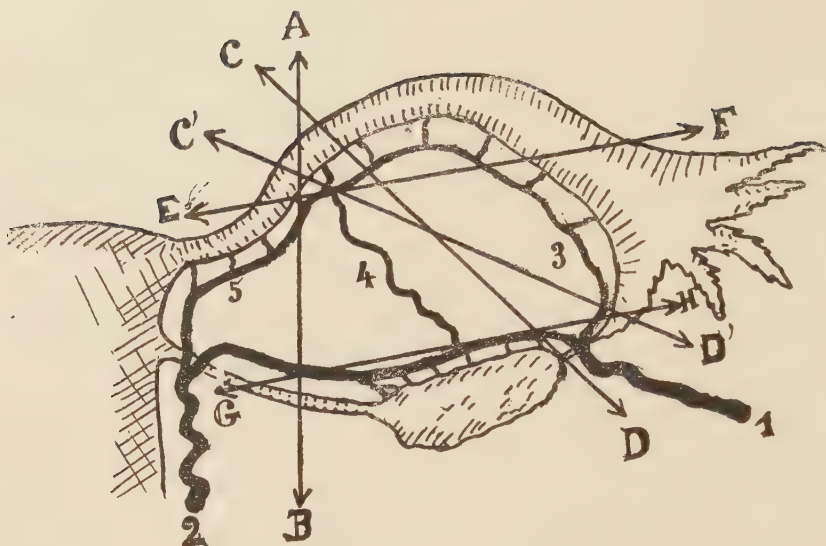
L'ovaire pourra être entraîné ou non dans le mouvement de torsion. Mais lorsqu'il se tordra isolément, le même mécanisme ne pourra pas être invoqué. Nous verrons là l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin, qui est en somme le seul organe abdominal ayant une mobilité propre indiscutable. Ses mouvements réguliers et de même sens réalisent une sorte de massage de la face interne de l'ovaire et peuvent amorcer la torsion de celui-ci lorsque sa mobilité est anormale.

Cette ébauche de torsion amène une congestion veineuse de l'organe à la façon du garrot qui, au bras, arrête la circulation de retour tout en laissant subsister la circulation artérielle. L'organe se congestionne, s'œdématie, s'alourdit et tire sur son pédicule arrêtant à la fin la circulation artérielle.

Modalité de la torsion et ses conséquences

I. - GENERALITES

La torsion des annexes s'effectue suivant différentes modalités que nous allons étudier dans leur ordre de fréquence et que nous schématisons dans la figure ci-dessous. La torsion peut donc porter sur la trompe seule avec ou sans volvulus, sur l'ovaire seul, sur l'un et l'autre simultanément ou avec entraînement secondaire de l'ovaire.



DIFFÉRENTS PLANS DE TORSION

1. - Artère tubo-ovarienne. — 2. - Artère utérine. — 3. - Artère tubaire externe. — 4. - Artère tubaire moyenne. — 5. - Artère tubaire interne.

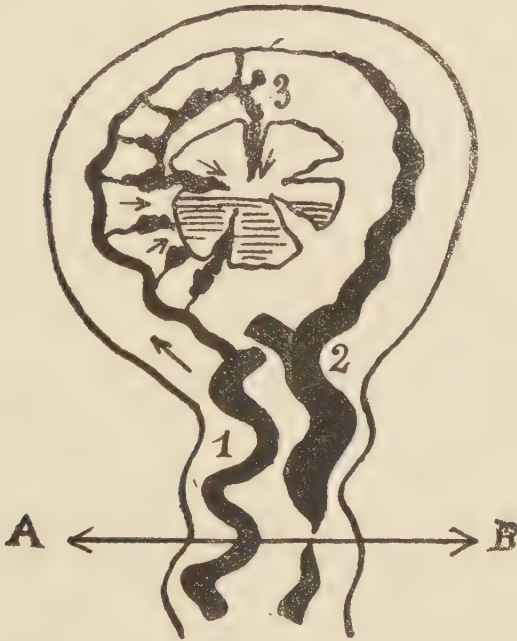
Les doubles flèches indiquent les plans de torsions.

II. - TORSION DE LA TROMPE SEULE

La trompe peut se tordre sur elle-même selon les plans CD ou C' D' ou constituer un véritable volvulus selon le plan EF.

1) *Torsion de la trompe sur elle-même.* — Le plan de torsion passe en général à un centimètre du bord de l'utérus suivant CD ou C' D'. Dès l'ébauche de torsion, la circulation veineuse se trouve arrêtée alors que la circulation artérielle persiste. Il se produit alors au niveau des vaisseaux de moindre résistance, c'est-à-dire des capillaires, une hémorragie interstielle qui se répand dans les tissus tubaires et fait éclater les plis longitudinaux au niveau de leur bord libre. Le

sang fait alors issue dans la lumière tubaire. De là, comme l'ostium abdominale est ouvert, le sang se répand en plus ou moins grande abondance dans l'abdomen constituant les accidents d'hémorragie interne ou l'hématocèle si fréquemment observés par les auteurs.



MÉCANISME DE L'INFARCTUS ET DE L'HÉMORRAGIE INTRA-TUBAIRE

1. - Artère. — 2. - Veine oblitérée suivant A. B. — 3. - Capillaires éclatés.

Le plan de torsion passe par A. B. Le sang arrive par l'artère dans le sens indiqué par les fléchettes, fait issue au niveau des capillaires et se répand dans la lumière de la trompe par le bord libre des plis longitudinaux.

Enfin la torsion devenant de plus en plus serrée, la circulation artérielle dans le pédicule s'arrête à son

tour et l'hémorragie n'est plus entretenue que par les anastomoses de la seule artère qui reste perméable : l'ovarienne. Ainsi s'expliquent les lésions d'infarctus observées à l'examen histologique.

Nous voyons que la trompe peut se tordre suivant deux plans CD et C' D'. Nous expliquons ainsi le fait que dans certains cas, et bien que l'ovaire n'ait pas participé à la torsion, on le trouve gros et congestionné. En effet, dans la torsion CD, la portion de l'artère qui se rend au pôle externe de l'ovaire se trouve prise dans le pédicule. L'ovaire n'est plus nourri que par la portion ovarienne de l'artère utérine.

Comme il persiste ici une artère, on pourra invoquer un mécanisme supplémentaire pour expliquer les lésions de congestion : à savoir une rupture d'équilibre entre les deux systèmes artériels.

Lorsque le plan de torsion passe au contraire par C' D', il n'y a aucune modification dans la vascularisation de l'ovaire et celui-ci reste intact.

2) *Volvulus de la trompe*. — Le plan de torsion passe par EF. Dans ce cas, le pédicule est alors formé par les deux portions de la trompe qui se sont enroulées l'une autour de l'autre. Le même mécanisme d'hémorragie se reproduit, mais ici, de par la disposition du volvulus, la cavité tubaire est close et il se forme un hématosalpinx, le sang n'ayant issue nulle part.

LUCCIONI a expérimenté sur des cobayes et a fait les constatations suivantes : « La torsion provoquée de la trompe saine a donné lieu à un hématosalpinx et les lésions histologiques consécutives sont absolument identiques à celles constatées dans les torsions annexielles pathologiques chez la femme ».

Ces lésions sont bien conformes à ce que nous faisaient prévoir notre schéma.

III. - TORSION DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE

1) *Torsion simultanée.* — Le plan de torsion passera par AB, la trompe et l'ovaire se tordront ensemble. Toujours par le même mécanisme de surpression veineuse, nous aurons congestion et œdème des deux organes, mais du côté de la trompe, dont la constitution interne est plus fragile, il se produira une hémorragie plus ou moins forte avec issue de sang dans le péritoine, tandis que l'ovaire augmentera de volume et présentera seulement des lésions d'infarctus.

2) *Torsion secondaire de l'ovaire.* — La trompe peut se tordre d'abord selon CD et C' D', puis entraîner à sa suite l'ovaire comme on l'a observé dans plusieurs cas suivant le plan AB. Les lésions tubaires et ovariennes sont alors à des stades différents.

Il est possible encore que les auteurs aient confondu cette modalité avec celle qui se produit lorsque la trompe seule entraîne l'artère ovarienne à sa suite, provoquant ainsi une congestion de l'ovaire par rupture de l'équilibre des pressions artérielles.

IV. - TORSION DE L'OVAIRE SEUL

Nous avons vu que deux cas seulement de torsion de l'ovaire avaient été signalés. Cet organe se tord

alors suivant GH, il se congestionne et présente les lésions habituelles d'infarctus.

V. - EVOLUTION

La plupart des formes aiguës avec syndrome abdominal alarmant sont opérées. Mais qu'advient-il des formes chroniques ? On peut supposer que l'absence de vascularisation de la tumeur amène sa nécrose rapide. D'autre part, le fait que la tumeur est aseptique explique la bénignité relative de l'évolution.

Plusieurs communications ont été faites dans lesquelles on a noté l'absence d'une des trompes avec persistance d'un simple pédicule au niveau d'une des cornes de l'utérus. Il est vraisemblable de penser, surtout si l'on relève dans les antécédents de la malade des crises abdominales douloureuses que cette amputation est la conséquence d'une résorption de la trompe utérine à la suite d'une torsion.

Conclusion

La torsion des annexes saines se produit sur des organes mobiles, flexueux et congestionnés sous l'influence d'un trouble nerveux ou de contractions intestinales. Elle aboutit suivant les cas à la formation d'une hématocele ou d'un hamatosalpinx. Elle évolue vers la nécrobiose aseptique et probablement vers la résorption.

CHAPITRE VI

ETUDE CLINIQUE

Généralités

Comme nous l'avons indiqué au début de notre travail, la distinction anatomo-pathologique entre annexes saines et annexes malades cesse, dans l'étude clinique de l'affection, de présenter le même intérêt que dans les autres chapitres.

En effet, quelles que soient les causes de la torsion, celle-ci se manifeste par un syndrome abdominal toujours identique. Il est évident cependant que la torsion d'un gros kyste de l'ovaire nous présentera des signes propres qui permettront de la différencier d'une autre torsion, mais l'allure clinique restera la même.

Malgré tout, il pourra être intéressant de différencier, surtout en vue du pronostic et de la thérapeutique, une torsion d'annexes saines d'une torsion d'an-

nexes pathologiques. Dans ce dernier cas, en effet, l'infection de la lésion aggrave le pronostic et commande une intervention plus rapide.

La plupart des auteurs ont décrit trois formes cliniques : une forme aiguë, une forme subaiguë à poussées successives et une forme chronique. Nous suivrons le même ordre et nous publierons en même temps les observations qui nous paraîtront les plus démonstratives parmi celles que nous avons recueillies.

Torsion aiguë

I. - ANTECEDENTS

Les antécédents physiologiques ne nous apprennent, la plupart du temps, rien d'intéressant. Cependant, s'il s'agit d'une enfant réglée depuis peu, et c'est là le cas le plus fréquent, on note très souvent une dysménorrhée assez nette. Les règles sont en général abondantes, mais quelquefois elles manquent dans les derniers mois précédant la torsion : presque toujours, enfin, elles sont douloureuses.

Il est rare d'ailleurs que la crise se manifeste d'emblée. Très souvent la malade présente depuis de longues années, et à l'occasion de mouvements dans son lit, d'une marche, d'un coït, de la menstruation, des douleurs fulgurantes, qui cèdent d'ailleurs très vite, et

auxquelles la malade finit par ne plus attacher d'importance.

Ces douleurs siègent dans le bassin et la fosse iliaque du côté de la torsion. Elles peuvent s'irradier dans les jambes et surtout dans les régions lombaires, permettant de localiser ainsi avec plus de précision le siège de la lésion. Elles s'accompagnent parfois d'une légère perte sanguine et de troubles gastro-intestinaux variés : vomissements, constipation, diarrhées. Elles disparaissent pendant un temps plus ou moins long, pendant plusieurs mois ou plusieurs années.

Enfin, et dans 21 % des cas en période menstruelle, survient la crise qui commande l'intervention et permet le diagnostic.

II. — SIGNES GENERAUX

Sur presque toutes les observations que nous avons consultées, on note que l'état général est resté bon ; nous faisons exception évidemment pour les cas où il y avait hémorragie interne. Tous les auteurs ont noté cette discordance entre l'intensité de la douleur et sa faible répercussion sur l'organisme. La malade est cependant agitée, « ne trouvant aucune bonne position dans son lit ».

Puis surviennent des vomissements, qui sont alimentaires puis bilieux. Ils peuvent d'ailleurs manquer totalement dans certains cas. On note très souvent un arrêt des matières et des gaz avec débâcles diarrhéiques pendant les périodes d'accalmie. Il y a parfois,

mais rarement, de la dysurie, comme dans les crises de coliques néphrétiques. On peut penser qu'il s'agit là d'une compression des uretères par la tumeur.

On a noté aussi, mais rarement, des métrorragies peu intenses. Le pouls est en général rapide, autour de cent pulsations à la minute. La température, par contre, est normale. NORRIS rapporte un cas où la malade présentait de l'hypothermie. La température ne s'élève autour de 38° qu'au bout de quelques jours, probablement lorsque commence le travail de résorption.

III. - SIGNES LOCAUX

1) *Signes subjectifs.* — La douleur spontanée est le symptôme dominant : elle ne manque jamais et c'est elle qui amène la malade à l'hôpital. Elle survient brusquement, au moment où la malade s'y attend le moins, elle est d'emblée violente.

REGAD l'a décrite ainsi : « Brutalement, comme un éclair, alors que souvent rien ne pouvait le faire prévoir, la malade est terrassée par une douleur poignante, violente jusqu'à la syncope, qui la courbe en deux. lui arrache des cris, lui coupe la respiration et la plonge aussitôt dans une angoisse tragique, que les paroles des assistants n'arrivent pas à calmer ».

La scène rappelle une perforation viscérale, une rupture d'anévrisme ou une embolie. Les malades la comparent à un coup de poignard, à un arrachement du ventre.

Cependant, d'abord généralisée à tout l'abdomen, la douleur ne tarde pas à se localiser dans un des

côtés du ventre, généralement celui de la torsion, à moins que la tumeur n'ait basculé de l'autre côté comme dans un cas de MICHON. La douleur s'irradie fréquemment vers la région inguinale et la face interne de la cuisse.

Il est rare que cette douleur persiste aussi intense pendant longtemps. Dans l'observation de SORREL, OBERTHUR et LOUTSH, l'enfant a une première crise le matin qui cède rapidement et lui permet d'aller à l'école l'après-midi, puis une seconde qui se calme encore et enfin une autre dans la nuit qui nécessite l'intervention. Il est cependant des cas où la douleur persiste d'une façon continue, mais l'évolution par crises successives est la règle.

2) *Signes objectifs.* — Certains ont noté tantôt un ballonnement, tantôt une rétraction du ventre. Le diaphragme joue à peu près normalement : le ventre respire bien.

Il existe très souvent de l'hyperesthésie cutanée que l'on décèle par une palpation légère. Le ventre est contracturé et douloureux, mais la contracture, de même que la douleur, est plus violente du côté de la torsion. Quand cette torsion siège à droite, on trouve cette douleur un peu au-dessous du point de MAC BURNEY. Enfin, en pratiquant une palpation plus appuyée, on peut percevoir la tumeur lorsque celle-ci est volumineuse ; cette éventualité a été signalée même lorsque la malade était en état de grossesse.

Le toucher vaginal devra toujours être pratiqué. On le remplacera par le toucher rectal lorsque la malade sera vierge et on combinera le toucher avec le palper

abdominal pour délimiter plus facilement la tumeur.

On trouve en général un utérus normal, le plus souvent mobile. Dans le cul-de-sac latéral existe souvent une tumeur douloureuse, de volume variable, allant de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'une orange. Cette masse est résistante, et comme le fait remarquer REGAD, plus douloureuse que les kystes de l'ovaire tordus, plus douloureuse aussi que les grossesses extra-utérines fissurées. Si l'on perçoit la tumeur par le palper abdominal combiné au toucher, les mouvements se transmettent, par son intermédiaire, d'une main à l'autre.

Cette tumeur est en général bien délimitée, séparée de l'utérus par un sillon nettement perceptible. De consistance variable, renitente ou dure, la tumeur peut être quelquefois prolabée dans le DOUGLAS qui bombe et qui est douloureux. Dans certains cas, la masse n'est pas bien définie et on ne perçoit qu'un empatement diffus d'un cul-de-sac. Quelquefois même le toucher reste négatif, comme dans le cas de BITMANN.

REGAD insiste sur le signe de WARNECK. Ce chirurgien sentit une fois dans une torsion annexielle le pédicule de la tumeur. Nous n'avons pu relever un cas semblable dans nos observations. D'ailleurs, si la chose est possible lorsqu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire, maintenu par sa grosseur en position abdominale élevée, et qui est attaché par son pédicule comme un ballon après une corde, elle est moins vraisemblable avec les annexes saines qui forment une masse repliée sur elle-même et en contact immédiat avec l'utérus.

Voici maintenant quelques observations de torsions aiguës :

IV. - OBSERVATIONS

OBSERVATION I

J. MAUGE. — Torsion de la trompe saine. *Société d'obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, 5 Mai 1931.

Mme C..., 41 ans, sans profession, est prise, le 20 février 1930, vers 16 heures, de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite et le côté du bas ventre. Elle a quelques vomissements alimentaires et, le soir, la température est montée à 38.

Son médecin porte le diagnostic d'appendicite aiguë et me fait appeler. Je vois la malade à 18 heures. Tout l'abdomen est douloureux à la palpation, particulièrement au niveau du creux épigastrique. Le maximum de douleur siège dans la fosse iliaque droite, mais le point de Mac Burney n'est pas nettement douloureux comme dans l'appendicite classique. La douleur est plus accentuée au-dessous du point de Mac Burney. Il existe de la défense dans la fosse iliaque droite et au-dessous.

La percussion ne montre rien d'anormal. Le diaphragme joue à peu près normalement. L'arrêt des gaz et des matières est absolu. L'état général est bon. Le pouls bat à 100 bien frappé et régulier. Le toucher vaginal ne montre rien du côté utérin et des annexes gauches; par contre, les annexes droites sont grosses, prolabées dans le Douglas et douloureuses, sans que, toutefois, l'examen détermine une douleur très vive.

Dans le passé de la malade, on ne trouve rien de parti-

culier. Elle a eu une grossesse il y a quinze ans, qui s'est passée normalement. Elle n'a jamais été malade, et, en dehors de quelques pertes blanches, elle n'a rien eu du côté de son appareil génital.

Je pense à une appendicite pelvienne et à un hydro ou hématosalpinx. Pour cette raison, j'interviens par la parotomie médiane sous ombilicale, sous anesthésie générale à l'éther. Le péritoine contient une abondante quantité de liquide citrin.

L'appendice petit paraît normal. Je vais de suite aux annexes droites.

La trompe de couleur rouge, violacée, a le volume d'une petite banane ; elle présente deux tours de spire au niveau de l'isthme. L'ovaire droit est sain, je l'enlève cependant avec la trompe.

Du côté gauche, ovaire et trompe sont d'aspect normal. Les suites ont été très simples.

L'examen de la trompe montre que les franges sont agglutinées ; à l'ouverture, il s'écoule une abondante quantité de sang ; la cavité est perméable. A l'examen histologique, on ne trouve qu'une congestion intense avec dilatations veineuses et ruptures vasculaires sans trace de lésions inflammatoires. Il s'agit donc bien d'une torsion de trompe saine.

A noter dans cette observation l'absence totale d'antécédents gynécologiques et, au cours de la maladie, la discordance entre le pouls et la température.

OBSERVATION II

E. SORREL, H. OBERTHUR et LOUTSCH. — Torsion des annexes saines chez l'enfant. *Bulletin et Mémoire de la Société Nationale de Chirurgie de Paris*, 8 Juin 1932.

Le 25 février, à la fin de la matinée, une fillette de 13 ans arrivait dans le service.

Elle avait ressenti brusquement, la veille, vers midi, des douleurs dans la fosse iliaque droite, ces douleurs, très violentes, s'étaient calmées vers 2 heures, si bien que l'enfant put aller à l'école.

Vers 3 heures et demi, elle avait souffert à nouveau et avait dû rentrer chez elle ; les douleurs avaient cédé encore et toute la fin de l'après-midi et la soirée s'étaient passées sans souffrances. Mais, pendant la nuit, les douleurs reprirent à nouveau avec une intensité plus grande et durèrent jusqu'au matin. Depuis ce temps, il ne persistait plus qu'un endolorissement de la fosse iliaque droite. Toujours, en effet, les douleurs avaient siégé à droite, et fait sur lequel insistait l'enfant particulièrement, elles avaient irradié dans la cuisse droite.

Il y avait eu des vomissements, l'un dans la soirée, après un essai d'alimentation, l'autre pendant la nuit.

L'état général était bon, la température presque normale à $37^{\circ} 4$, contrastant avec un pouls rapide à 120.

Au niveau de la fosse iliaque droite, il existait une défense très nette de la paroi ; partout ailleurs, la paroi de l'abdomen était souple. Les parents racontèrent que l'enfant, vers l'âge de 7 ans, avait fait une crise d'appendicite grave, avec abcès spontanément résorbé, et l'on n'avait pas cru nécessaire de l'opérer.

Depuis trois mois, d'autre part, elle était réglée et les règles avaient été précédées de douleurs assez vives ; elles avaient, ce mois-ci, commencé quatre jours avant l'apparition des accidents actuels et n'étaient pas tout à fait terminées. Ce renseignement, joint à la discordance du pouls et de la température et surtout à l'irradiation des douleurs dans le membre inférieur, pouvait évidem-

ment faire songer à une torsion annexielle, mais la localisation très nette dans la fosse iliaque droite, les vomissements, l'histoire surtout de crise antérieure d'appendicite racontée par les parents, firent hésiter avec une appendicite, et l'ont fait faire une laparotomie iliaque droite par incision de Mac Burney.

À l'ouverture du péritoine, il s'écoula une certaine quantité de liquide séro-hématique. L'appendice, que l'on enleva rapidement, était sain, mais, dans le cul-de-sac de Douglas, on vit une masse noirâtre que l'on put assez facilement attirer en dehors, après avoir légèrement agrandi l'incision de la paroi. C'était la trompe droite, distendue par un hématosapinx et tordue dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, sans que l'ovaire ait été entraîné dans cette torsion. Les annexes furent enlevées, l'exploration des annexes gauches montra qu'elles étaient saines. La fermeture fut faite sans drainage et la guérison se fit sans incidents. L'examen macroscopique de la pièce permettait de supposer que la trompe était saine. L'examen histologique que voulut bien pratiquer notre collègue Moulonguet, vint le confirmer, d'autant plus sûrement que certains points de la paroi n'étaient pas infiltrés de sang et présentaient leur aspect habituel.

OBSERVATION III

MOIROUD, DOR et LUCCIONI. — Torsion des annexes saines avec métrorragies chez une vierge. *Bulletin et Mémoire de la Société Nationale de Chirurgie de Paris*, 6 Avril 1932.

Mlle X..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital dans la soirée du 28 octobre 1931, avec le diagnostic d'appendicite

aiguë, les phénomènes douloureux ont débuté 36 heures auparavant brusquement, en plein travail. La malade s'alite et, cependant, les douleurs ne cessent pas, et semblent au contraire augmenter d'intensité. Vomissements alimentaires, température 37° 4.

A son entrée à l'hôpital, le pouls est à 90, la température 37° 5. Le ventre est ballonné, tympanique, douloureux dans l'ensemble, mais avec un maximum dans la fosse iliaque droite où l'on observe une légère défense pariétale sans contracture.

La malade déclare qu'elle est vierge, ce que paraît confirmer l'examen de l'hymen. Par le toucher rectal, on sent l'utérus légèrement hypertrophié et, dans le cul-de-sac droit, une masse indépendante de lui du volume d'un œuf, allongé obliquement, régulière, rénitente et douloureuse. Cette masse est séparée de l'utérus par un sillon très net.

L'hypothèse d'une torsion annexielle est sérieusement envisagée. Malgré les caractères extérieurs de virginité, le diagnostic de grossesse extra-utérine est écarté en raison de l'absence de tout retard dans l'apparition des règles. On s'arrête plus volontiers au diagnostic de réaction annexielle inflammatoire qu'à celui d'appendicite pelvienne, en raison de la netteté des concours de la masse juxta-utérine.

L'état général étant satisfaisant, on prescrit le traitement médical habituel en pareille circonstance. Toutefois, les phénomènes douloureux ne s'amendent pas d'une façon appréciable. Dans l'après-midi du troisième jour, quelques pertes noirâtres peu abondantes apparaissent et se renouvellent. Elles marquent le début de la diminution puis de la cessation des douleurs. Au toucher rectal, on observe une modification des signes pré-

cédemment observés : il n'existe plus qu'une masse diffuse, rénitente ; les contours sont flous et il n'est plus possible de localiser l'utérus. Pouls à 100. Température 37°9. C'est le tableau d'une hématocele retro-utérine : on décide donc l'intervention avec le diagnostic bien précis de torsion annexielle.

Anesthésie générale à l'éther, laparotomie sous ombilicale. Le péritoine renferme du sang libre et des caillots noirâtres qui remplissent le Douglas. Les annexes droites du volume du poing, noirâtres, sont extériorisées, elles forment un bloc d'infarctus où il est impossible de retrouver l'ovaire. Sur la trompe, au voisinage de l'isthme, on observe une torsion d'un demi tour de spire environ dans le sens des aiguilles d'une montre. Le ligament large est infiltré de sang, ses deux feuilletts sont écartés. Du côté opposé, les annexes sont saines, mais on est frappé par la longueur et la mobilité de la trompe et du ligament large qui retombe sur l'ovaire en le recouvrant entièrement.

Salpingectomie du côté droit, fermeture de l'abdomen sans drainage. Les suites opératoires sont troublées par l'apparition d'une double phlébite des membres inférieurs, peu sévère dans son évolution. Guérison.

Nous avons vu récemment cette malade, elle a présenté des règles normales et ne souffre plus.

Examen macroscopique de la pièce. On reconnaît la trompe non rompue, son pavillon entièrement ouvert avec des franges parfaitement étalées. La cavité tubaire est perméable et renferme, en petite quantité du sang noir non coagulé. Le centre de la torsion est bien reconnaissable, au delà, sur une longueur de un centimètre environ, la portion juxta-utérine de la trompe est normale. Le reste de la tumeur est représenté par des cail-

lots organisés au milieu desquels il est impossible de retrouver l'ovaire.

L'examen microscopique a été relaté au chapitre *Anatomie Pathologique*.

OBSERVATION IV

LAURAN-DARNER. — *Ann. Journal of Obst. and Gyn.*

Fillette de 13 ans, vue pour une affection douloureuse de l'hypocondre droit.

Réglée pour la première fois, normalement, deux mois auparavant. L'affection débuta, il y a cinq jours, par une douleur aiguë subite dans la fosse iliaque droite, survenue immédiatement à la suite d'un coup de pied abdominal. Il y eut des nausées, mais pas de vomissements.

A l'examen : un peu de fièvre, 37°8, et un pouls rapide, 92. Respiration un peu accélérée, grande sensibilité du quadrant abdominal inférieur droit. Pas de contracture ni de douleur au point de Mac Burney, signe de Rovsing négatif.

Au toucher rectal, seul possible, et avec anesthésie, utérus dans sa position normale et mobile, l'ovaire gauche normal. Dans le cul-de-sac droit, masse mobile en forme de saucisse d'environ 7 cm. de long.

Examen du sang : 14.800 leucocytes.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Laparotomie médiane. Il y a environ 300 cc. de liquide séro-sanguinolent dans la cavité péritonéale. Le tiers distal de la trompe droite est énormément distendu, de coloration bleue noire et les franges tubaires sont tuméfiées et violacées.

Le tiers moyen et le tiers interne de la trompe ont subi une torsion de trois tours et demi dans le sens des

aiguilles d'une montre. L'ovaire droit normal est sous la trompe et son pédicule n'est pas tordu. Le ligament infundibulo-pelvien est normal.

Les annexes gauches sont intactes.

Ablation de la trompe droite avec un coin dans la corne utérine. Guérison. Règles régulières.

Examen microscopique. La séreuse a presque complètement disparu. La musculaire est infiltrée par des hémorragies, les veines sont dilatées et remplies de sang, le tissu conjonctif oedémateux et infiltré de sang extravasé. L'épithélium est aussi oedémateux et en dégénérescence marquée. La lumière de la trompe est dilatée et pleine de caillots. Il n'y a aucun signe de lésion inflammatoire ancienne ou récente, pas de grossesse tubaire ni de néoplasme tubaire.

OBSERVATION V

D'ALLAINES et PAVIE. — *Annales d'Anat. Path.* 1928.

Jeune fille de 17 ans, prise de douleurs brusques dans le bas ventre, surtout à droite, coliques, crampes dans la région abdominale inférieure. Quelques nausées.

Pas de fièvre. Le ventre est souple, non contracté.

Toucher rectal (hymen) : Tuméfaction douloureuse à droite remontant à droite du rectum, assez haut dans le pelvis. Pas d'antécédents, règles régulières.

La température est à 37°5, le pouls à 96.

Diagnostic : appendicite, mais avec des réserves à cause de la discordance entre les douleurs très vives avec vomissements, et l'absence de signes de réaction péritonéale et de température.

Incision de Mac Burney. Appendicite sain, mais on aperçoit la trompe droite grosse comme un œuf et infarctée, en voie de rupture. Annexectomie droite.

Dans l'abdomen, un peu de sang libre et quelques caillots.

Il s'agit d'une torsion de la trompe, de trois tours, au niveau de son isthme. L'ovaire n'est pas intéressé. La partie ampullaire de la trompe est remplie de sang et en voie de rupture.

Examen histologique (Dr. Lecène) : Paroi musculaire dissociée par d'importantes nappes hémorragiques. La muqueuse est sensiblement normale. Pas de lésions qui auraient pu favoriser la torsion de l'organe.

OBSERVATION VI

AUVRAY. — *Arch. Mens. d'Obst. et Gyn.* 1912.

Fillette de 14 ans et demi, réglée depuis sa treizième année, toujours normalement, sans antécédents.

Brusquement apparurent des douleurs abdominales à droite, avec vomissements alimentaires puis bilieux. La pression au niveau de la fosse iliaque droite est douloureuse. Mais on ne sent ni empâtement, ni tuméfaction. Le troisième jour de la crise, apparition des règles.

La température est à 38°.

Toucher rectal non fait, car diagnostic très évident.

Diagnostic : Appendicite. Traitement normal de refroidissement, glace, et tout rentra dans l'ordre. Trois semaines après la crise, on opéra.

Laparotomie : appendice normal.

Trompe tordue sur son axe, sa partie externe, très distendue, avait basculé par dessus le bord supérieur du ligament large pour tomber dans le Douglas. Tumeur dégagee à la main et ablation de la trompe. Guérison.

L'examen de la pièce : aspect de cornemuse, torsion de deux tours en antétorsion (normal, côté droit), de la

grosseur d'une mandarine, rouge, à surface irrégulière par places. Franges ratatinées et agglutinées.

Examen histologique (Dr Lecene) : **La paroi musculaire** lisse et la **couche séreuse** de la trompe seules sont reconnaissables et assez bien conservées ; tout le reste de l'organe est complètement dissocié et infarci par le sang. Pas de villosités choriales ni de formations placentaires.

Il s'agissait ici d'une crise aiguë qu'on a laissé refroidir.

OBSERVATION VII

PAOLI et VAN CUYCK. — *Torsion de la Trompe saine.*

Femme de 42 ans, vue pour douleurs abdominales datant de 2 jours.

Réglée à 18 ans et régulièrement depuis ; 4 enfants, le dernier il y a 7 ans. Depuis un an, quelques douleurs abdominales sans horaire précis. Depuis deux ans, phénomènes de ménopause, règles raréfiées, tous les trois mois environ.

Il y a deux jours, apparition brusque de douleurs dans le bas ventre à gauche, alors que la malade était couchée, vers 10 heures du soir, irradiées dans les lombes. Elle se tint en éveil toute la nuit. Examinée vers 3 heures du matin, on sentit dans le cul-de-sac gauche un cordon dur et douloureux, sans autre perception.

Un deuxième examen, le lendemain, fit percevoir nettement dans le même cul-de-sac une masse arrondie, mollasse, très douloureuse. Prescription de glace et calmants. Le troisième jour, utérus un peu gros ; masse de plus en plus dure et rénitente, ferme, au même endroit. Température à 37°, pouls à 80.

Diagnostic : Torsion d'un petit kyste de l'ovaire, mais un peu étonné que la masse annexielle n'ait pas été trouvée au premier examen.

Intervention (Service du D^r IMBERT), le cinquième jour des accidents. A gauche de l'utérus, se trouve une masse noirâtre ayant l'aspect d'une anse intestinale étranglée. A cause d'un myome utérin hystérectomie subtotale par le procédé américain en finissant par le côté de la torsion. Résection secondaire du col. Dans les suites : une phlébite.

Pièce : Trompe gauche, rouge, foncé, distendue dans sa portion ampullaire. Torsion isthmique deux tours, rétrotorsion. La séreuse seule persiste, la trompe s'est tordue autour du ligament tubo-ovarien. L'ovaire est normal.

Histologiquement : pas de traces d'inflammations antérieures, tuniques en voie de nécrose, vaste suffusion et infiltration sanguine, donc trompe saine tordue.

Torsion subaiguë

Cette forme n'a pas une individualité clinique bien définie et pourrait, à la rigueur, se départager entre les formes aiguës et les formes chroniques.

Elle se caractérise par des crises, moins douloureuses que dans la torsion aiguë typique, mais se renouvelant à intervalles rapprochés, maintenant constamment la malade en haleine jusqu'à guérison spontanée ou intervention. C'est ce qui la distingue de la forme chronique où les crises sont séparées par des périodes de rémission absolue.

Le tableau clinique de la crise initiale est absolu-

ment le même que dans la forme aiguë, avec cependant une atténuation de tous les symptômes. La douleur est moins vive, dure moins longtemps, mais la malade conserve cependant un ventre endolori jusqu'à la prochaine crise qui se reproduit quelques jours après.

Ces crises affectent en général deux types, ou bien l'affection se manifeste par quelques épisodes légers mais d'intensité croissante jusqu'à la crise qui détermine l'intervention ou bien d'emblée l'intensité de la douleur est moyenne mais les crises sont subintrantes et persistent de quelques jours à quelques semaines. Nous donnons ci-dessous quelques observations typiques de torsions subaiguës :

OBSERVATIONS

OBSERVATION VIII

BARTHÉLEMY. — Torsion des annexes saines. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 17 juin 1931.

Une femme de 37 ans, sans aucun passé génital pathologique, mère de 2 enfants, est prise brusquement d'une douleur lancinante et persistante dans la fosse iliaque et dans tout le flanc droit. En raison de la date à laquelle cette douleur apparaît et qui correspond à la date normale des règles, le médecin traitant pense d'abord à la dysménorrhée. A ce moment, en effet, la palpation ne révèle ni contraction ni points douloureux bien localisés. La pression dans la région appendiculaire n'est pas particulièrement sensible et le toucher reste négatif. Sous l'influence du repos et d'une médication

calmante, tous les accidents s'amendent puis disparaissent, mais les règles ne viennent pas. Huit jours plus tard, sans cause apparente et sans que la malade n'ait repris sa vie active, les mêmes accidents se reproduisent avec une égale intensité. Cette fois, la pression dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite exacerbe la douleur. Au toucher, l'utérus est en position normale et son volume n'est pas modifié, mais toute tentative pour le mobiliser est extrêmement douloureuse. Le cul-de-sac droit est empâté et la pression du doigt à ce niveau n'est pas supportable. Le col utérin est le siège d'un léger écoulement de sang noirâtre. Ces différents signes font penser à une grossesse tubaire avec hématoçèle et c'est avec ce diagnostic que la malade m'est adressée.

L'examen pratiqué me laisse considérer ce diagnostic comme le plus probable et j'interviens immédiatement tout en faisant quelques réserves sur des accidents possibles dûs à la torsion d'un kyste pelvien. Après laparotomie médiale sous-ombilicale et ouverture du péritoine, on constate la présence d'un peu de liquide hématique dans le petit bassin, l'utérus de volume et d'aspect normal est flanqué à droite d'une masse violacée presque noirâtre qui comprend la totalité des annexes, trompes et ovaires, deux fois tordus dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Cette masse est rapidement libérée de quelques adhérences glutineuses et réséquée. Les annexes gauches saines sont laissées en place avec l'utérus. Après ablation de l'appendice, par mesure de prudence, la paroi est refermée sans drainage. Les suites opératoires ont été très simples et la guérison était complète au quinzième jour.

L'examen attentif de la pièce opératoire n'a permis de déceler aucune lésion apparente des annexes tordues.

Certains auteurs n'admettent pas la possibilité de la torsion sans une lésion si minime soit-elle qui n'a pu être retrouvée ici.

OBSERVATION IX

P. INGELRANS et MINNE. — Un cas de torsion d'annexes saines chez une fillette de 13 ans. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 26 novembre 1930.

Nous avons l'honneur de vous en présenter un cas ; il a trait à une fillette de 13 ans qui a été suivie et opérée dans le service de notre maître M. le Professeur LE FORT.

Elle est entrée à Saint-Sauveur, envoyée par son médecin pour tumeur hypogastrique. Le début de sa maladie remontait alors à 3 mois. La jeune fille réglée normalement depuis l'âge de 12 ans 1/2 présenta subitement une aménorrhée complète. Sa famille n'y prêta guère attention au début. En même temps, apparurent des douleurs siégeant dans le bas ventre, irradiant dans les lombes et la racine des cuisses. A paroxysmes nocturnes, ces douleurs s'accompagnaient, de temps en temps, de l'émission de quelques glaires sanguinolentes, surtout à la date où auraient dû apparaître les règles.

L'enfant astreinte au repos soit au lit, soit en chaise longue depuis son plus jeune âge (séquelle de paralysie infantile) se borna, sur le conseil du médecin traitant, à quelques soins d'hygiène génitale (injections faiblement antiseptiques, pansements locaux, etc...).

Peu à peu on remarqua que son ventre grossissait. Elle continuait toujours à souffrir, on consulta un autre médecin qui la traita pour de la stase intestinale chronique, puis pour des troubles dyspeptiques. La fillette

présentait, en effet, à intervalles irréguliers, des phénomènes d'ordre digestif : inappétence, nausées, vomissements, état saburral des voies supérieures, etc...

Les divers moyens thérapeutiques mis en usage, n'amènèrent pas la disparition des symptômes. Le bas ventre restait gros et douloureux, les règles ne réapparaissaient pas. On alla trouver un troisième médecin qui lui fit un toucher vaginal, non sans conséquences, et porta le diagnostic de fibrome utérin, dirigeant la malade sur l'hôpital. L'interrogatoire de cet enfant ne nous apprit rien d'autre ; pleines de réticence, ses réponses mal assurées, trahissaient un intellect nettement déficient sinon une dissimulation voulue.

Les parents nous comptèrent l'histoire de leur fillette insistant sur l'aggravation progressive des divers symptômes. Il s'agissait d'une grande et forte fillette de 13 ans : seins, organes génitaux externes et bassin sont ceux d'une femme de 18-20 ans. Elle est absolument impotente et ne se tient debout qu'avec une grande difficulté. A l'examen de l'abdomen on note une voussure médiane et para-médiane gauche dont l'aspect extérieur rappelle celui d'une vessie très distendue. Cette tumeur est régulière, lisse, bien limitée, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilique. Cette palpation est légèrement douloureuse si on insiste et la masse paraît légèrement mobilisable. Elle est arrondie à son pôle supérieur, mate dans toute son étendue et ressemble nettement à un utérus gravide. Les flancs sont sonores. Le toucher vaginal est pratiqué difficilement, l'orifice hyménéal admet l'index. Le col utérin est en position normale. Le cul-de-sac postérieur libre. Dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche, on perçoit une masse dure, mobile, paraissant distincte du corps utérin, mais les

avis sont partagés à ce sujet étant donné la difficulté du toucher. Cette masse au palper bi-manuel est solidaire de la tumeur hypogastrique. Les annexes ne sont pas perceptibles, on ne note pas de ballottement.

L'enfant est mise en observation et on attend quelques jours pour pratiquer un nouvel examen gynécologique. Entre temps, des soins d'hygiène génitale, quelques injections sont pratiquées. La température qui était de $38^{\circ} 5$ avant l'entrée revient rapidement à la normale. Les douleurs diminuent, on ne note plus d'écoulement vaginal.

Devant l'existence des troubles digestifs, l'aménorrhée, l'augmentation progressive de la tumeur depuis 3 mois, un examen obstétrical complet est pratiqué : il ne révèle ni ballottement fœtal, ni ramollissement du col, ni signes d'auscultation du cœur fœtal.

M. le Professeur PAUCOT, appelé en consultation, examine la fillette et pense qu'il s'agit peut-être d'une grossesse extra-utérine ou d'un utérus volumineux avec rétention placentaire. On décide néanmoins de temporiser et l'on maintient le traitement hygiénique et le régime hypotoxique institué dès l'entrée.

Après 15 jours, les douleurs ont presque totalement disparu. La température est redevenue et reste normale, l'état général de la fillette est excellent. A l'examen, il nous paraît que la tumeur a plutôt tendance à diminuer. Son volume et sa consistance se modifient certainement. Au toucher vaginal, ces signes se confirment. La palpation bi-manuelle est notablement moins douloureuse. La mobilité de la tumeur qui semble cette fois, bien distincte du corps utérin, reste toujours très grande. Nous pensons alors qu'il s'agit ou d'un fibrome pédiculé ou d'une tumeur du ligament large.

On décida d'intervenir. Voici en quelques mots ce que nous montra l'intervention après laparotomie médiane sous-ombilicale et ouverture du péritoine : Un corps utérin normal. Sur sa face antéro-latérale gauche, une masse du volume d'une grosse orange, de coloration violacée, parsemée de varicosités. Elle répond à la trompe gauche qui est tordue de 180° en sens inverse des aiguilles d'une montre. Cette masse, non adhérente, est pincée, liée et réséquée avec la plus grande facilité. L'ovaire gauche et les annexes droites saines sont laissées en place. L'intervention se termine très simplement.

Examinée macroscopiquement, on reconnaît une trompe largement distendue par une abondante quantité de liquide séro-hématique, brunâtre, d'odeur fade.

Les suites opératoires sont très simples. La malade sortait au bout de 15 jours parfaitement guérie. Ainsi donc, nous nous trouvions en présence d'un cas d'une trompe tordue n'ayant jamais donné lieu à aucun phénomène pathologique et ne montrant qu'une distention de toute évidence secondaire à la torsion.

OBSERVATION X

MICHON. — Volvulus de la trompe gauche. Ablation de la trompe gauche. Guérison.

Madame C..., 26 ans, entre à l'hôpital le 2 novembre 1926 pour des douleurs abdominales.

Fièvre typhoïde pendant la guerre. N'a jamais été enceinte. Normalement réglée, sauf une période d'aménorrhée ayant duré 1 an 1/2 : quelques pertes blanches.

L'affection a débuté il y a cinq mois par des douleurs abdominales sans élévation de température. Ces douleurs aiguës ont nécessité l'interruption du travail et il

y a deux semaines, à la suite de la reprise du travail, les douleurs sont apparues de nouveaux, plus violentes, marquées surtout à gauche et s'irradiant dans les lombes. Pas d'élévation de la température.

Au toucher, on perçoit une grosse collection annexielle gauche empiétant sur le cul-de-sac antérieur et refoulant l'utérus à droite. L'annexe droite paraît saine. Léger ramollissement du col.

Au bout d'une semaine, la collection a notablement diminué de volume et l'on reste dans l'expectative.

Mais au bout de la deuxième semaine, l'état est sans changement et l'on se décide à intervenir.

Intervention le 18 novembre 1926. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le pelvis est libre, le fond utérin est refoulé en avant et l'on perçoit en arrière de lui, occupant toute la moitié gauche du Douglas, une grosse masse salpingienne de coloration hématique donnant l'apparence d'une grossesse tubaire. Mais en extériorisant la masse, on se rend compte qu'il s'agit, en réalité, d'un volvulus de la trompe qui s'est produit à peu près à la partie moyenne. La striction est très serrée et la torsion est d'un tour et demi. L'ovaire est tout à fait indépendant de la torsion. La masse de la trompe remplit de sang à le volume d'un œuf. L'annexe droite est saine.

Ablation de l'annexe gauche avec reconstitution du ligament large. Suites simples.

Examen de la pièce : L'annexe enlevée est composée de deux parties : à droite, le segment de la trompe saine, au-dessous de lui, l'ovaire ; à gauche, le segment de trompe tordu et dilaté par la collection hématique. Entre les deux, on distingue très nettement l'anneau de striction.

Examen histologique. La coque est formée par les

vestiges de la rompe normale. On distingue du tissu conjonctivo-musculaire et des capillaires dilatés. Cette coque recouvre une masse sanguine. En aucun point, on ne trouve de signes d'inflammation. A la limite des deux zones, traînées de cellules granulo-graisseuses.

Un second fragment prélevé au niveau du segment de la trompe situé en amont de la torsion, montre une structure histologique normale, de multiples diverticules accessoires, un peu d'œdème péritonéal et aucun signe d'inflammation.

Torsion chronique

Elle se caractérise par des épisodes douloureux d'intensité variable, cédant rapidement, se reproduisant à des intervalles plus ou moins éloignés entre lesquels la femme mène une vie absolument normale.

Ces formes correspondent probablement à des torsions peu serrées d'emblée qui permettent à l'organe d'être irrigué en quantité suffisante pour éviter le sphacèle, ou bien encore à des torsions qui ne persistent pas et se détordent avant d'avoir donné des accidents graves. •

On observe alors des douleurs fugitives, mais répétées, à l'occasion d'un effort, du coït, de la menstruation. De plus, la vie de la malade se trouve en quelque sorte jalonnée de crises plus fortes qui la forcent parfois à s'aliter. Tous ces malaises s'accompagnent fréquemment de troubles gastro-intestinaux.

Enfin, survient une crise plus intense que les autres, qui a les mêmes caractères cliniques que la crise

initiale de la forme aiguë, et qui nécessite l'intervention.

Bien que nous n'ayons pu en relever aucun cas indiscutable dans la littérature, on peut supposer qu'il y a de nombreuses torsions chroniques qui ne se manifestent que par des douleurs fugaces, sans grande crise, et qui, étiquetées salpingites, n'ont jamais été diagnostiquées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION (*inédite*) XI

Pr HAMANT et VICHARD. — Torsion à évolution chronique d'une trompe saine aboutissant à un infarctus tubaire en voie d'amputation spontanée.

Le 29 novembre 1933, Mlle Alice M..., âgée de 24 ans, employée de bureau, entre au service du Pr Hamant pour des douleurs siégeant dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite.

On relève dans son histoire :

1° Des faits assez banaux : Angines à répétition dont l'une, à l'âge de 15 ans, nécessite une sérothérapie intensive et s'accompagne d'une paralysie du voile du palais qui dure trois semaines. Amygdalectomie. Soignée, il y a 7 ans, pour dyspepsie et ptose gastrique.

2° Des accidents en rapport avec l'affection actuelle. Régée à 13 ans et demi. Etablissement assez difficile de la puberté. Règles douloureuses et longtemps irrégulières.

En 1925, pour la première fois, crise douloureuse très violente, survenue brusquement, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans le flanc, l'hypochondre droit, le gril costal. Tendances syncopales et nausées. Rétention d'urine. Cette crise dure 24 heures

environ, puis cède comme elle est venue ; après quoi la femme se sent en parfaite santé.

Depuis 1925, les faits se sont reproduits six fois, toujours avec les mêmes caractères de violence, de brusquerie et de faible durée. La dernière date du 31 octobre. Cette fois la douleur fut encore plus violente que d'habitude, il y eut une syncope. Vomissements bilieux et alimentaires. La température, d'ordinaire à 37,5°, s'élève à 38° et les mictions sont difficiles. Après 48 heures, les douleurs ne s'apaisent pas complètement, elles restent sourdes avec des renforcements paroxystiques.

Le médecin appelé pense à des coliques néphrétiques, puis à une crise appendiculaire. Il prescrit le repos et la glace. Pourtant la malade essaie de reprendre son travail, mais le ventre reste douloureux et elle a des nausées.

Examen. — A ce moment le ventre est sensible au palper profond de la région hypogastrique et en-dessous du point de Mac BURNEY. La douleur s'irradie vers le membre inférieur droit. La fosse iliaque droite est souple, dépressible, sans défense et sans plastron.

Le toucher rectal (femme vierge) montre l'existence d'une masse qui occupe le Douglas et se prolonge vers le cul de sac droit. Cette tuméfaction assez dure est très sensible ; elle est nettement distincte de l'utérus qui a un volume normal. A gauche, rien. L'examen du reste du ventre et l'examen général ne donnent aucun résultat. La température est à 37,5° le soir. Les dernières règles datent du 6 novembre, elles étaient venues à leur date normale et sans caractères particuliers.

L'état général est légèrement altéré. Pouls 80.

Devant ce tableau, le diagnostic est hésitant et on pense à une hématoçèle ou à une appendicite.

Pourtant, comme il n'y a pas urgence, on décide d'attendre et on se contente de mettre de la glace sur le ventre. Dans les jours qui suivent, la situation ne change guère. Les douleurs ont presque disparu. Les urines sont normales. La tuméfaction juxta-utérine n'augmente ni ne diminue ; elle est toujours aussi douloureuse. Règles normales le 4 décembre.

Intervention le 11 décembre (P^r HAMANT). Anesthésie générale au Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on découvre un utérus légèrement dévié en avant et à gauche et flanqué d'une grosse masse, arrondie, couleur aubergine, qui occupe le Douglas. Cette tuméfaction du volume du poing représente les annexes droites. La masse est reliée à la corne utérine droite par un pédicule très mince, presque inexistant, qui se rompt dès qu'on mobilise l'utérus. Il existe tout autour des adhérences lâches et la pointe de l'appendice est en contact avec la tumeur. Cet appendice est normal ainsi que le cœcum et le grêle.

A gauche, les annexes sont parfaitement saines et ne présentent aucune malformation. La trompe a une longueur et une flexuosité normales. Son méso ne présente rien de particulier. On laisse l'appendice en place. On pratique une castration unilatérale droite. Le clivage de la trompe infarcie ne présente aucune difficulté. Fermeture du ventre au fil de lin sans drainage. Suites simples. La malade quitte le service le 12^e jour.

Examen macroscopique. — La pièce présente :

1) Un pédicule tubaire, cordon fibreux très grêle tor-du sur lui-même à 1,5 cm. de la corne droite.

2) Une trompe grosse comme le poing, régulièrement arrondie, à paroi épaisse, à pavillon fermé. Cette trompe est remplie de caillots noirâtres. On ne retrouve pas

trace de l'ovaire droit.

Examen microscopique. — Les coupes montrent une trompe noirâtre, partout infiltrée de sang. Les veines sont gorgées de sang et éclatées par place. Les infiltrations hémorragiques envahissent la tunique musculaire de la trompe qui par ailleurs a une structure normale. Epithélium aplati et souvent disloqué ou absent. Les vaisseaux rompus communiquent avec les caillots de la lumière.

Il n'existe ni villosités choriales, ni infiltration leucocytaire, rien enfin permettant de penser à une infection banale ou spécifique.

En plus de ses caractères typiques de torsion chronique, crises successives entre lesquelles la femme mène une vie absolument normale, cette observation nous montre une évolution en deux temps : de 1925 à octobre 1933, les crises correspondent à des torsions qui ne persistent pas, puis le 31 octobre survient l'accident plus intense et plus violent qui entraîne une striction serrée et persistante qui nécessite l'intervention. De plus, cette observation est la seule qui nous montre l'évolution de la torsion vers l'amputation spontanée des annexes. Enfin, malgré l'occlusion du pavillon, nous concluons à une trompe saine étant donné les résultats de l'examen histologique. Nous pensons que cette agglutination des franges est due au même processus que les adhérences lâches qui ont été constatées au cours de l'intervention.

OBSERVATION XII

MICHEL. — *Dans Th. Stoianovitch, Paris 1926.*

Femme de 36 ans. Deux accouchements, en 1918 et

en 1920. Bien réglée sans antécédents. Depuis son premier accouchement, elle eut plusieurs crises douloureuses dans le bas ventre, surtout à droite et apparaissant la nuit, soit après le coït, soit au moment de la menstruation.

Une crise plus douloureuse, avec constipation, l'amène à l'hôpital, avec le diagnostic d'hématocèle.

Bon état général, température 38° 2, pouls à 96.

Examen : Abdomen souple, légère contracture droite, utérus antefléchi et mobile.

Dans le Douglas, une tuméfaction tendue et fluctuante, grosse comme un œuf de poule et dont la ponction ramène du sang. On pense à une grossesse tubaire.

Laparotomie : Dans le Douglas, 100 cm³ de sang liquide et coagulé. A droite de l'utérus, une tumeur rouge bleuâtre représentant l'extrémité distale de la trompe dont le segment isthmique, œdématié est tordu trois fois sur lui-même. Tout le reste est normal.

Examen microscopique : Dilatations vasculaires et nécrose de la paroi tubaire.

OBSERVATION XIII

MICHON. — Volvulus de la trompe droite. Salpingectomie. Guérison.

Madame F..., 35 ans, vient à la consultation de gynécologie se plaignant de douleurs abdominales anciennes.

Réglée à 15 ans, elle eut, en 1910, une grossesse terminée par un accouchement normal et, en 1916, une seconde grossesse interrompue par une fausse couche. C'est depuis cette époque qu'elle souffre du ventre, donc depuis 8 ans environ, mais les douleurs sont plus intenses depuis deux ou trois ans.

A l'examen, on trouve un utérus de dimensions normales en position intermédiaire légèrement dévié à droite. En arrière de lui et correspondant à l'annexe droite, une masse du volume d'une noix verte fixée au pelvis, extrêmement douloureuse. On fait le diagnostic de salpingite droite avec rétroversion.

Intervention le 15 novembre 1924 (MICHON).

Incision de Pfannenstiël. L'utérus est ballant, en rétroversion ; le Douglas contient un peu de liquide citrin, L'annexe gauche est absolument saine. La masse perçue à droite et qui adhère dans la gouttière latérale droite du Douglas est constituée par la trompe qui est tordue plusieurs fois au niveau de son insertion utérine, qui adhère au niveau de son pavillon et qui présente une teinte noirâtre et ecchymotique.

Libération de l'adhérence apicale. Salpingectomie. Conservation de l'ovaire. Fixation ligamentaire par le procédé DOLLERIS-PELLANDA.

Suites opératoires simples. Malade guérie, quitte l'hôpital le 4 décembre.

Examen de la pièce : La trompe s'est tordue au niveau de son insertion utérine. La torsion est de 3 tours et demi. Le segment proximal n'est pas distendu. C'est la portion distale correspondant au pavillon qui est formée par deux masses kystiques noirâtres, reliées l'une à l'autre par un pédicule grêle tordu plusieurs fois.

Examen histologique (rapporté au chapitre d'Anatomie pathologique).

OBSERVATION XIV

MICHON. — Volvulus de la trompe droite. Salpingectomie. Guérison.

Madame B..., âgée de 27 ans, est envoyée d'urgence à l'hôpital pour crises douloureuses abdominales, le 27 septembre 1926.

Elle a toujours été régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans et a eu trois enfants qui sont morts en bas âge.

L'histoire de l'affection actuelle est la suivante : il y a trois mois, est survenue une première crise douloureuse, caractérisée par une vive douleur dans la région lombaire droite, des nausées sans vomissements, sans élévation de la température. La crise dura trois jours environ, puis disparut ne laissant qu'un peu d'endolorissement lombaire.

Une seconde crise, analogue à la précédente, mais plus violente débute le 24 septembre 1926 ; c'est la crise actuelle qui amène la malade à l'hôpital. Une violente douleur survient dans la région lombaire droite et persiste pendant 36 heures. Puis elle disparaît pour faire place à une douleur intense étendue à tout l'abdomen. Les vomissements sont fréquents, bilieux, un peu de dysurie, pas d'arrêt des matières et des gaz, très légère hyperthémie. L'examen montre que le ventre est légèrement ballonné et contracturé de façon diffuse.

Au moment de l'entrée à l'hôpital la douleur persiste, mais elle est discontinue, la malade accuse des paroxysmes qui cèdent assez rapidement ; les vomissements ont cessé ; la température n'atteint pas 38° et la palpation abdominale révèle que la fosse iliaque et la région hypogastrique sont sensibles. Au toucher, l'utérus est augmenté de volume, en situation antérieure et légèrement refoulée à droite par une grosse lésion annexielle gauche ressemblant à un pyosalpinx. A droite, on perçoit dans

le cul-de-sac, en situation assez haute, une seconde masse annexielle plus petite.

On pense à une annexite bilatérale et on la traite par le repos au lit. Les douleurs disparaissent, mais au bout de quelques jours, on se décide à intervenir, car les lésions perçues au toucher ne se modifient pas.

Intervention le 9 octobre 1926 (MICHON).

Incision de Pfannenstiel. On libère le grêle qui adhère à droite à l'entrée du bassin. L'utérus est refoulé en avant et en haut par une masse qui occupe le Douglas. Au doigt, on décolle assez aisément cette masse moulée sur le Douglas et on l'extériorise : elle est constituée par une très grosse trompe, noire, de consistance kystique et à grand axe transversal. Cette trompe est tordue de deux ou trois tours au niveau de son insertion utérine. La détorsion montre que le pédicule est extrêmement serré ; il siège à un centimètre environ de la corne si bien qu'il reste un petit segment de trompe saine. L'ovaire est très nettement en dehors de la torsion. On pratique une simple salpingectomie avec conservation de l'ovaire ; il existe une ecchymose dans le mésosalpinx et peut-être de la thrombose. L'annexe gauche est absolument saine. Fermeture sans drainage. Les suites sont normales, la malade quitte l'hôpital guérie, le 26 octobre, 17 jours après l'opération.

Examen de la pièce : La trompe comprend deux parties coudées à angle droit en forme d'L. La portion verticale porte le segment tordu et le sillon d'étranglement. La portion horizontale est lisse et correspond à l'hémato-salpinx.

Examen histologique (D^r J.-F. MARTIN) : Deux fragments sont examinés qui présentent un aspect identique. La surface est formée par un tissu fibro-musculaire

intact, bien nucléé. A mesure que l'on s'éloigne de la surface, les fibres sont dilacérées par des globules rouges. Les capillaires, encore perméables, sont bourrés de sang. Au centre, le raptus hémorragique est complet, pourtant on constate çà et là des endroits où les cellules conjonctives sont encore reconnaissables. En aucun point, on ne trouve de signes d'inflammation ancienne ou récente.

OBSERVATION XV

AUVRAY. — *Arch. Mers. d'Obst.*, 1912.

Femme de 28 ans, bien réglée depuis l'âge de 13 ans.

Depuis un an, courbatures lombaires précédant les règles, qui s'accompagnaient de quelques caillots.

Depuis deux ans, en dehors des époques menstruelles, douleurs intestinales en éclairs, surtout à droite, parfois syncopales, sans phénomènes digestifs et survenant toutes les semaines.

Le 31 janvier, douleurs plus intenses sans nausées.

Le 2 février, recrudescence des douleurs et apparition des règles. Vomissements abondants, la malade s'alite.

Le 3 février, température à 39°. Douleurs localisées à droite.

Diagnostic : Appendicite. Diète, glace sur le ventre.

Le 5 février, disparition progressive des douleurs, les règles persistent normales, ni douleur, ni empâtement à droite.

Opération : 1° Incision iliaque droite. Appendice plongeant dans le petit bassin et accolé par sa pointe à une masse annexielle sous-jacente, déjà adhérente au pelvis. Appendicectomie.

2° Incision médiane : Trompe tordue deux fois sur

elle-même dans son tiers interne. Ablation. Ovaire sain. Utérus et annexes gauches normaux.

Examen histologique : La partie du kyste hématique examinée est formée par la trompe dilatée, infarctée et nécrosée.

OBSERVATION XVI

ROCHER et JEANNENEY. — Torsion récidivante de la trompe saine.

Jeune fille de 13 ans 1/2 vue pour appendicite.

La première crise douloureuse date de mars 1923 : début brusque par une douleur dans la fosse iliaque, avec vomissements et fièvre légère. La crise dura 15 jours.

En août de la même année, cette malade qui était réglée normalement depuis 1922, eut un arrêt de règles qui dura deux mois, lorsque apparut la deuxième crise.

La deuxième crise fut analogue à la précédente et provoque l'examen.

Le côté droit est un peu douloureux, contracturé. Le point douloureux maximum situé à 3 centimètres au-dessus de l'union du tiers interne au tiers moyen de l'arcade.

Toucher rectal : une masse dure et douloureuse à droite.

Pas de troubles vésicaux ni rectaux, pas de pertes. Devant la contracture abdominale et la masse pelvienne, on porte le diagnostic d'abcès intrapelvien, d'origine appendiculaire.

Intervention : Incision de JALAGUIER basse. Appendice normal. Trompe avec hématosalpinx tordu de trois tours au voisinage de l'implantation utérine.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une trompe saine.

Formes associées

Nous avons relevé treize cas de torsion évoluant au cours de la grossesse et nous avons indiqué que c'était du deuxième au troisième mois que cet accident se produisait le plus fréquemment. La grossesse ne modifie pas l'allure clinique de l'affection.

De plus, récemment ont été rapportées deux observations de torsion évoluant au cours d'une appendicite aiguë.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XVII

GUIMBELLOT. — Torsion des annexes au cours de la grossesse. *Soc. Chir., Paris* 8-1-1930.

Madame D..., 27 ans, vue pour des accidents douloureux abdominaux. Réglée à 11 ans. Dysménorrhée et polyménorrhée jusqu'à 17 ans.

Nullipare. Actuellement, arrêt des règles de 3 mois.

Il y a un mois, première crise douloureuse, violente, dans l'abdomen et les reins, sans localisation, avec nausées, vomissements pendant 24 heures, puis guérison.

Il y a deux jours, deuxième crise. Reprise de douleurs intenses « à se rouler par terre », avec vomissements.

Perte de quelques caillots peu abondants.

Examen : Douleur abdominale prédominant dans la région hypogastrique, à droite de la ligne médiane. Défense de la paroi dans la moitié inférieure du ventre.

Toucher : Col ramolli, corps **nettement** augmenté de volume. Fond dévié à gauche.

Dans le cul-de-sac droit, masse très douloureuse à la pression, du volume d'une orange, peu mobile, mais nettement séparée de l'utérus par un sillon.

Plus d'écoulement vaginal.

Etat général excellent. Température et pouls normaux. Diagnostic hésitant entre grossesse extra-utérine avec menace de rupture ou grossesse utérine avec kyste ovarien tordu.

La malade est observée, avec de la glace sur le ventre, pendant une semaine. Les phénomènes s'atténuent, pas de crises ni de pertes. Mais la masse persiste, plutôt en augmentation.

Intervention huit jours après le début. Utérus gravide normal de deux mois. Trompe et ovaires gauches normaux. Mais les annexes droites plongent dans le Douglas, volumineuses, ayant subi une antétorsion de un tour. L'ovaire est une masse noire hématique, du volume d'une mandarine, la trompe du diamètre du pouce, congestionnée est très oedématiée.

Castration droite, appendicectomie, fermeture totale. Guérison. Il s'agit d'une trompe saine tordue.

OBSERVATION XVIII

MICHON. — Volvulus de l'annexe droite au cours de la grossesse. Ablation de cette annexe. Guérison avec continuation de la grossesse.

Madame V..., 35 ans, rentre à la clinique gynécologique, le 4 décembre 1924, pour des douleurs abdominales aiguës datant d'une semaine.

Réglée à 13 ans et mariée à 20, elle a eu 6 grossesses

terminées par des accouchements normaux et a fait une fausse couche d'un mois en 1923.

L'affection actuelle a débuté une semaine auparavant de façon extrêmement brusque. Elle ressentit, dans la fosse iliaque droite, une vive douleur qui l'obligea à quitter son travail. La température ne fut pas prise à ce moment, la malade ne vomit pas, et, en deux jours, les phénomènes douloureux se calmèrent, si bien que la malade put reprendre son travail. Trois jours plus tard, survient un nouvel épisode douloureux, analogue au précédent, ayant débuté brusquement à 3 heures du matin ; la température était alors de 37°.

Au moment de l'entrée, la douleur persistait vive à droite, mais irradiée également à gauche ; la palpation était douloureuse, le toucher permettait de sentir une collection bombant dans le Douglas et plaquant le col contre la symphyse. Il existait un retard des règles de huit jours environ.

Le 6 décembre, par ponction du Douglas, on retire un liquide séreux légèrement brunâtre et après l'évacuation on peut sentir, à droite, une masse indurée. On diagnostique annexite droite avec pelvipéritonite séreuse du Douglas.

Intervention le 16 décembre 1924.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est manifestement gravide (grossesse de 2 mois environ). Derrière l'utérus existe une grosse masse noirâtre du volume d'un poing environ correspondant à l'annexe droite ; le pédicule est nettement tordu d'un tour au niveau de l'insertion à la corne droite.

La masse emplit le Douglas et y adhère sur toute sa surface, la libération en est assez laborieuse, si bien que

la poche se rompt partiellement, elle contient du sang coagulé.

Ablation de l'annexe droite seule ; l'annexe gauche est saine.

Suites opératoires simples. Vers le septième jour, quelques pertes rouges avec coliques faisant croire à une menace d'avortement, le tout rentre dans l'ordre et la malade quitte l'hôpital le 2 janvier 1925. Le col est alors nettement ramolli et le fond utérin atteint 10 centimètres au-dessus de la symphise.

Examen de la pièce : il s'agit d'un véritable infarctus de la trompe. Les parois en sont méconnaissables, remplacées par une coque mince. Le pavillon est nettement visible au milieu de la masse, il est complètement noir. Un examen minutieux ne permet pas de découvrir trace d'embryon ou de placenta ; il ne s'agit donc pas d'avortement intra-tubaire. Il est impossible de distinguer l'ovaire dans la masse. Il doit pourtant en faire partie. La trompe gauche est saine

L'examen histologique ne montre que des lésions d'infarctus.

OBSERVATION XIX

CABANES. — Torsion de la trompe au huitième mois de la grossesse.

Femme de 23 ans, primigeste ; elle présenta au sixième mois de légères douleurs dans la fosse iliaque droite. Au huitième mois, apparition de douleurs violentes au même niveau, localisées, avec quelques vomissements.

Pouls bien frappé à 70. Température à 36° 8.

Palpation : douleur et défense au niveau du point de MAC BURNEY, jusqu'à l'arcade crurale,

Utérus volumineux, tendu, comme en contracture permanente. Aucune tumeur n'est perçue ni au toucher, ni au palper.

Trois jours après l'anorexie et l'insomnie persistent, les selles restent normales.

La malade remue constamment dans son lit, ne trouvant jamais comme une calculeuse de position de repos. Diagnostic : appendicite. Traité par lit, glace et diète.

Les jours suivants, les douleurs restent continues, le pouls et la température identiques (37° et 64 au pouls). Les symptômes locaux persistent, l'anorexie augmente.

L'insomnie persiste, absolue et malgré les calmants.

L'incision de MAC BURNEY fait découvrir une masse arrondie lie de vin, c'est la trompe tordue de deux tours de spire en antétorsion. A l'extrémité externe, elle a le volume d'un petit œuf. On reconnaît les franges du pavillon. Au niveau de la torsion, entre les tiers internes et moyens, gros vaisseaux turgescents dans le péritoine.

Ligature et section de la trompe à un centimètre de l'utérus sain et respecté. Suites simples.

Accouchement normal 20 jours plus tard.

Au microscope, il s'agit d'une trompe saine typique tordue.

OBSERVATION XX

PICOT. — Torsion de la trompe saine au cours d'une appendice aiguë. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris. Le 24 février 1932.*

La malade, âgée de 24 ans, présentait depuis longtemps des symptômes d'appendicite et plusieurs fois la nécessité d'une opération s'était posée lorsque le 17 fé-

vrier, elle est prise d'accidents abdominaux, douleur vive dans le côté droit, vomissements, élévation de la température à 38°. Le médecin, appelé aussitôt, diagnostique une appendicite aiguë, fait appliquer une vessie de glace et je vois la malade vers 22 heures. Le diagnostic d'appendicite ne saurait faire de doute. La défense musculaire est très marquée, la sensibilité à la palpation est vive, le pouls bat à 92. Les symptômes sont si nets que le toucher rectal n'est pas pratiqué.

L'état général est excellent et l'intervention, en raison de cet état général et de l'heure tardive, est décidée pour le lendemain matin.

Le 18 février, avant l'opération, la malade souffre beaucoup moins ; la température est à 37° 8.

A l'ouverture de la fosse iliaque droite, je fus surpris par l'écoulement d'un liquide sero-hématique très abondant. J'extériorise le cœcum et je trouve une appendicite rétro-cœcale aiguë très nette. L'appendice contient en abondance du muco-pus, pas de calcul stercoral. Il s'agit en somme d'une appendicite en tout semblable à ceux que l'on enlève en crise aiguë.

La suite de l'observation est relatée au chapitre Pathogénie : en explorant le bassin, l'auteur découvrit la trompe droite tordue qui n'avait pas de méso-salpinx.

OBSERVATION XXI

RICARD. — Torsion de la trompe droite saine chez une jeune fille de 14 ans. Appendicite aiguë concomitante. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 6 juillet 1932.

Mlle J..., 14 ans, est réglée depuis cinq mois, sans

douleurs. C'est une jeune fille vigoureuse, en excellent état général. Elle est vierge. Dans la nuit du 13 au 14 Janvier 1931, elle est réveillée par des vomissements et une douleur abdominale diffuse. La journée du 14 est meilleure, la douleur s'est atténuée et localisée à droite. Mais le soir, survient, brusquement, une nouvelle poussée douloureuse, plus violente que la veille, et accompagnée, elle aussi, de vomissements. La petite malade, essayant de se lever, éprouve une sensation étrange : ses jambes lui semblent paralysées, elle a de la peine à se tenir debout et souffre beaucoup surtout en bas du ventre. Le 15 au matin, la douleur persiste, l'enfant n'a pas dormi, la température est à 38°2, le soir, elle a 39.

Je suis appelé à la voir à 24 heures. L'abdomen tout entier est douloureux et contracturé, l'hypogastre est particulièrement sensible et présente une réaction de défense extrêmement marquée. Le maximum de la douleur provoquée est à droite, au point appendiculaire. Pas d'émission d'urine depuis le matin.

L'examen, aidé des commémoratifs, impose le diagnostic d'appendicite aiguë que l'on fait sans aucune excitation ; la réaction péritonéale diffusante exige l'intervention d'urgence.

La petite malade est opérée à 23 heures. Petite laparotomie iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, s'écoule un liquide assez abondant mais qui attire l'attention par une coloration légèrement hémorragique. L'appendice est manifestement malade, turgescant, rouge, hypervascularisé. Appendicectomie.

Les lésions appendiculaires sont largement suffisantes pour expliquer et la réaction péritonéale et tous les symptômes cliniques constatés.

Une seule chose ne cadre pas : l'existence de liquide

hémorragique dans le péritoine. Je pense à la possibilité d'une lésion annexielle et explorant au doigt le pelvis, j'ai l'impression de percevoir, à côté d'un utérus normal, un ovaire droit un peu gros. C'est tout, et, pour un peu, j'aurais considéré l'indication comme remplie et refermé le ventre. Néanmoins, la quasi certitude de quelque chose d'anormal se traduisant par le liquide hémorragique intra-péritonéal, me pousse à prolonger délibérément vers le bas l'incision d'appendicectomie, afin d'explorer à la vue le petit bassin.

Relevant l'utérus en avant, je trouve dans le Douglas, qu'elle remplit en entier, une énorme masse noire bilobée, grosse comme une aubergine et qui ne peut être qu'une annexe. Avec précaution, pour ne point la crever, je puis arriver à l'extérioriser. C'est la partie ampullaire de la trompe droite, tordue quatre fois sur elle-même. Après torsion, deux fils sont posés à l'union de la portion saine et de la portion tordue. Résection sans toucher à l'ovaire qui est sain. L'exploration des annexes gauches est absolument négative. Les suites ont été simples, la malade a quitté la clinique guérie le dixième jour. La pièce mesurée après l'intervention mesure 13,5 cm. sur 6,5 cm de diamètre. Deux fragments prélevés pour examen histologique ont montré qu'il s'agissait d'une trompe saine.

OBSERVATION XXII

DELFOURD. — Torsion des Annexes droites au cours de la grossesse. *Soc. Chir., Paris*, 12-3-1930.

Mme G..., 31 ans, secundipare, enceinte de 3 mois, sans incidents, à part quelques vomissements. Dernières règles du 20 au 24 Janvier. Déjà une grossesse anormale. Régliée à 13 ans et régulièrement.

Le 9 Mai, vers 7 heures, en faisant son ménage, elle fut prise brusquement d'une violente douleur du côté droit du ventre, avec quelques vomissements bilieux. On fit le diagnostic d'appendicite et elle fut transportée à la maison de santé. A l'examen, on est frappé par l'altération des traits, le faciès grippé, le teint terreux. Elle souffre très violemment du ventre.

A l'abdomen : Défense musculaire localisée à la fosse iliaque droite à la partie inférieure où la palpation, même légère, provoque une vive douleur. Le reste de la paroi est relativement souple. L'utérus dépasse le pubis de trois à quatre doigts.

Toucher vaginal : Col ramolli, culs-de-sac souples, mais cul-de-sac très droit, très douloureux, sans tuméfaction perceptible. Le palper bi-manuel est impossible à cause de la défense.

Depuis le matin, arrêt des matières et des gaz. Pas de métrorragies. Pouls régulier à 80 bien frappé. Température à 37° 5. Sans écarter le diagnostic en raison de l'état général, on porte celui de torsion des annexes et on intervient immédiatement.

Intervention : Anesthésie générale au chloroforme. Incision pararectale droite. A l'ouverture, s'écoule un liquide sérohématique sans odeur. Appendice sain. Ablation. Agrandissement de l'incision vers le bas. Annexes droites tuméfiées et noirâtres. On les attire dans la plaie. La trompe et l'ovaire ont subi une torsion très serrée. Ablation. Suture de la paroi. Guérison.

Au septième mois, donc 4 mois après, albuminurie. accouchement prématuré d'un fœtus mort.

Examen de la pièce. Augmentation de volume notable des annexes, la trompe comme un gros doigt, l'ovaire double du volume normal.

Examen histologique. Pas d'autres lésions que des lésions récentes d'infiltration sanguine dues à la torsion. Donc, annexes saines au préalable.

Complications

Il existe des formes dans lesquelles l'exagération d'un symptôme peut modifier l'allure clinique de l'affection : ainsi l'intensité de la douleur, les métrorragies, l'occlusion intestinale avec réaction péritonéale légère. Mais la grosse et, pourrait-on dire, la seule complication de la torsion annexielle réside dans l'hémorragie interne.

Nous avons expliqué plus haut son mécanisme et nous avons montré qu'elle ne pouvait se produire que lorsque la torsion portait uniquement sur l'isthme sans intéresser le pavillon, par l'orifice duquel le sang s'écoule goutte à goutte dans le péritoine.

Nous ne considérons pas comme une complication le petit épanchement séro-hématique que presque tous les auteurs signalent à l'intervention. Il provient d'une part de la réaction péritonéale et d'autre part de la masse infarctée de sang que forment les annexes tordues.

Il est à remarquer que rarement les annexes malades donnent lieu à des hémorragies internes. Ceci s'explique aisément par l'occlusion de l'ostium abdominale qui se produit presque toujours lorsque la trompe est enflammée et qui s'oppose à l'écoulement du sang.

Au point de vue clinique, les symptômes se trouvent un peu modifiés du fait de l'hémorragie interne. La douleur conserve son caractère de violence et de soudaineté, mais après la crise initiale, qui jusqu'ici ne se différencie pas de celle d'une torsion simple, le pouls reste petit, fuyant, la face est pâle et couverte de sueur. On peut déceler une matité qui s'étend au-dessus du pubis et sentir parfois le DOUGLAS qui bombe sous l'effet du sang épanché.

Quelquefois, cette forme hémorragique aboutit à la formation d'une hématocele enkystée qui n'est découverte qu'à l'intervention.

Malgré tout, ces symptômes d'hémorragie interne sont rarement très intenses et laissent toujours au chirurgien le temps d'intervenir.

Evolution

Si un traitement chirurgical rapide n'intervient pas et s'il s'agit d'un cas pur, sans hémorragies, les crises peuvent s'espacer et même cesser définitivement ; probablement par résorption aseptique de l'organe tordu, comme nous l'avons montré en étudiant l'anatomie pathologique. Toutefois, on ne peut affirmer dans ce cas que la trompe tordue, puis amputée spontanément, était primitivement saine.

Un autre mode de guérison peut être la détorsion avec *restitutio ad integrum* ; mais, là encore, nous ne pouvons faire que des suppositions. Il est vraisemblable de penser que lorsqu'il s'agit d'une trompe sai-

ne, tordue légèrement sans formation d'adhérences, la détorsion peut se réaliser aussi facilement que la torsion.

Enfin, s'il s'agit d'une forme aiguë, on peut assister au passage à la chronicité : les crises de subintrantes qu'elles étaient tendent à s'espacer, avec des variations d'intensité. Une crise plus forte que les autres accule cependant tôt ou tard la malade à l'intervention.

Conclusion

C'est en somme l'intensité de la crise initiale et la persistance de la douleur qui marquent le point de départ entre les différentes formes cliniques. Si cette crise est très violente et que l'on intervienne immédiatement, nous avons la forme aiguë ; si elle est moins violente, elle peut se renouveler soit à intervalles rapprochés et nous avons la forme subaiguë, soit à intervalles éloignés et nous avons la forme chronique.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Généralités

Le diagnostic de torsion a été fait bien rarement. Cela tient à l'absence de signes de certitude que la sémiologie habituelle est impuissante à nous donner. Dans la plupart des cas, et lorsque la douleur siégeait à droite, l'affection a été confondue avec une appendicite ; quand elle siégeait à gauche et qu'il y avait quelques pertes sanguinolentes, on concluait à une rupture de grossesse extra-utérine.

Nous allons d'abord étudier le diagnostic différentiel de l'affection, puis nous tâcherons de grouper les signes en un syndrome qui nous permettra de serrer de plus près le diagnostic positif.

Diagnostic différentiel

I. - COLIQUES MENSTRUELLES

Nous avons vu que la crise surgissait souvent en pleine menstruation, il importe donc de ne pas la confondre avec de simples coliques utérines.

Dans ce cas, les douleurs sont en général moins vives et en interrogeant la malade, on constate qu'elles se répètent régulièrement pendant les règles et uniquement pendant celles-ci. La cause de ces douleurs pourra être soit une rétroversion utérine dont on fera le diagnostic par le toucher, soit au contraire une antéversion accentuée comme on en rencontre parfois chez des femmes et des jeunes filles à utérus infantile. Dans ces cas, la cessation des douleurs coïncide avec un abondant écoulement de sang.

Il faut avouer d'ailleurs que, dans bien des cas, le diagnostic avec la torsion chronique est difficile, sinon impossible à faire.

II. - LITHIASÉ URINAIRE OU BILIAIRE

La douleur brutale peut encore en imposer pour une crise de coliques hépathiques ou néphrétiques. Toutefois, la localisation différente de la douleur et les antécédents permettent d'éliminer facilement ce diagnostic.

III. - SALPINGITE

Dans cette affection, le siège de la douleur sera le même, mais celle-ci sera de type totalement différent.

Nous aurons une douleur continue avec quelques paroxysmes ; le toucher nous fera sentir des annexes augmentées de volumes, souvent prolabées dans le DOUGLAS. Enfin, nous aurons des signes d'infection et de la température.

IV. - APPENDICITE

C'est l'erreur de diagnostic le plus souvent commise. Toutefois, il y a certains signes qui permettent sinon de différencier à coup sûr, du moins de soupçonner la torsion annexielle. D'abord la douleur est beaucoup plus vive et surtout plus brutale que dans l'appendicite, ensuite elle a un siège plus bas.

De plus, tandis que dans la torsion il y a dissociation entre le pouls et la température, dans l'appendicite il y a au contraire parallélisme.

V. - RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE

C'est à elle que l'on pense toujours lorsqu'il y a des métrorragies et des signes d'hémorragie interne. Toutefois, on s'aidera pour faire le diagnostic des signes de début de la grossesse : arrêt des règles, pigmentation des seins et présence de la ligne brune. En outre, le toucher fera reconnaître des modifications du côté de l'utérus dont le col sera déhiscent. Toutefois, là encore, le diagnostic sera difficile lorsqu'il y aura formation d'une hématocele rétro-utérine et que l'on constatera en même temps l'augmentation de volume de l'une des trompes.

VI. - PYELONEPHRITE

Cette affection sera surtout à éliminer au cours de la grossesse. Mais le siège le plus élevé de la douleur, son caractère plus continu, la température et surtout la présence de pus dans les urines permettront d'écarter ce diagnostic.

VII. - AFFECTIONS DIVERSES

Il est encore d'autres affections qui peuvent simuler la torsion et que nous ne ferons que mentionner. Ce sont les torsions de salpingites, de kystes de l'ovaire, les ruptures de pyosalpinx et de tumeurs ovariennes, les hémorragies internes d'origine utérine ou ovarienne, les fibromes sous-péritonéaux tordus. Toutes ces affections ont leur signes particuliers sur lesquels nous n'insisterons pas.

Diagnostic positif

Il est évident, d'après ce qu'il précède, que nous ne pourrions porter un diagnostic positif que sur un ensemble de signes dont aucun n'est pathognomonique.

Nous allons donc résumer l'ensemble des symptômes le plus fréquemment observés et nous tâcherons de les grouper en un syndrome.

Dans les antécédents pathologiques de la malade, on retrouve souvent l'existence de crises qui, l'intensité mise à part, ont le même type que la crise actuelle.

On notera une certaine discordance entre la température et le pouls. Celui-ci oscillera autour de 100

pulsations à la minute pour une température entre 37° et 38°. Il y aura souvent des vomissements et des troubles gastro-intestinaux.

On se basera encore sur le caractère de la douleur, brutale et violente d'emblée.

A l'inspection, on constatera que le ventre respire bien. La palpation décèlera une douleur siégeant assez bas dans la zone salpingo-ovarienne. Enfin, au toucher, l'existence d'une masse latéro-utérine très douloureuse, souvent irrégulière, ou d'une hématocele rétro-utérine nous permettra de localiser l'affection aux annexes.

En résumé, après avoir éliminé la grossesse extra-utérine et l'appendicite, on posera le diagnostic positif sur les signes suivants que nous avons rencontrés constamment dans toutes les observations :

1) Douleur subite et violente dans la région annexielle.

2) Dissociation de la température et du pouls.

Le toucher, quoiqu'il donne souvent des résultats imprécis, sera un appoint précieux s'il fait percevoir la masse des annexes tordues.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

Choix du traitement

Il dépendra de l'intensité de la crise et des phénomènes généraux. Si l'on a affaire à des douleurs d'intensité moyenne, un traitement médical banal soulagera la malade. Si, au contraire, la crise est très violente ou se renouvelle fréquemment, on devra recourir d'emblée au traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur ce traitement ; nous mentionnerons toutefois que la plupart des auteurs commencent par une incision au point de MAC BURNEY pour terminer soit en agrandissant leur incision, soit en faisant une laparotomie médiane. D'où l'importance d'un diagnostic suffisamment précis pour localiser d'emblée l'affection aux

annexes et éviter une incision inutile. REGAD recommande l'incision iliaque basse transversale de BONNET ; nous y verrons comme inconvénient la section de l'artère épigastrique.

Quant à l'intervention proprement dite, la plupart des chirurgiens enlèvent les annexes en bloc et pratiquent une castration unilatérale. Cette pratique, qui nous semble recommandable lorsqu'il y a torsion simultanée de la trompe et de l'ovaire avec lésions avancées, nous semble un peu trop radicale lorsque la torsion porte sur la trompe seule. Il y a toujours intérêt, selon nous, à conserver un ovaire sain, susceptible de continuer à jouer son rôle de glande à sécrétion interne.

Pronostic

Malgré la gravité apparente des symptômes, la torsion des annexes saines est une affection bénigne puisque nous n'avons pu relever un seul décès dans la littérature ; de plus, la guérison obtenue par le traitement chirurgical est totale et met la malade à l'abri de toute récurrence.

CONCLUSION

La torsion des annexes saines est une affection rare dont le diagnostic n'a été fait la plupart du temps qu'à l'intervention.

Elle affecte la forme d'une appendicite ou d'une grossesse extra-utérine rompue et peut se compliquer d'hémorragies internes.

Elle survient le plus souvent lors des manifestations d'activité sexuelle : à la puberté, pendant la menstruation ou la grossesse.

Le seul traitement efficace est le traitement chirurgical.

Le pronostic est essentiellement bénin, même dans les formes hémorragiques où l'urgence de l'intervention est plus apparente que réelle.

Vu :

Nancy, le 2 février 1934.

Le Président de Thèse,

HAMANT.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 3 février 1934.

Le Doyen

de la Faculté de Médecine,

SPELLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 5 février 1934.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGROT. — De la torsion des annexes saines au cours de la grossesse. *Vie Médicale*, 10 Mars 1930.
- AULHORN. — Torsion spontanée de la trompe pendant la grossesse. *Soc. d'Obst. et de Gynéco. de Leipzig*, Janvier 1910.
- AUVRAY. — De la torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. *Archives mensuelles d'Obs. et de Gynéco.*, Juillet 1912, tome II, n° 7.
- AUVRAY. — Un nouveau cas de torsion spontanée de la trompe saine. *Archiv. mens. d'Obs. et de Gynéco. de Paris*, 1913, page 97.
- BARBIER (L.). — Torsion des annexes saines. *Journal de Chirurgie*, 1928, page 504.
- BRANCA (A.). — Précis d'Histologie.
- BARTHÉLEMY. — Torsion des annexes saines. Réunion obstétricale et gynéco. de Nancy, 7 Juin 1931.
- BITTMANN. — Torsion spontanée de la trompe pendant la grossesse. *Casopis Lakaruv Ceskych*, 1921.
- BERNARD. — (Rapp. par Auvray). Un cas de torsion de l'ovaire au cours de la grossesse. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 8 Mai 1929.
- CABANÈS. — Torsion de la trompe au huitième mois de la grossesse. *Bull. Société Obst. et Gynéco. de Paris*, 1924, page 508.
- CARAVEN. — Torsion des annexes normales avec hématocele pelvienne. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.* 1927.
- CASSIDY et NORBURG. — Torsion du lig. large et des annexes gauches chez une fillette de 11 ans non réglée. *The Lancet* 1911.
- COHEN. — Torsion des annexes de l'utérus avant la puberté. *The Journal of the American Medical Association*, T. L. XXX n° 6, Février 1923.
- D'ALLAINES et PAVIE. — *Annales d'anat. pathol.* 1928, p. 783.
- DEBRAY. — Torsion d'une trompe saine. *Soc. Anat. de Paris*, 1929, 5 Décembre,

- DELFOURD. — Un cas de torsion des annexes droites au cours de la grossesse. *Bull. et Mém. Société Nat. de Chirurgie*, 12 Mars 1930.
- DE ROUVILLE. — In thèse Lazarévitch. Torsion de la trompe droite. Montpellier, 1927.
- DUHAIL. — Torsion des annexes saines chez la femme et la fillette. *Journal du Praticien*, 8 Nov. 1930.
- DUJARIER. — Torsion de la trompe droite. *Bullet. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, n° 9, 15 Mars 1924.
- EUNIKE. — Isolierte torquierte normale tube. *Zentral für Gynäk.*, 1922.
- FIOLLE. — Torsion annexielle avec inondation péritonéale hémorragique chez une enfant de 10 ans. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirur.*, 12 Novembre 1927.
- FIOLLE (J.). — Torsion d'un ovaire sain au cours de la grossesse. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 29 Mai 1929.
- Torsion des annexes saines. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 29 Mai 1929.
- GELLÉ (Gisèle-Marthe). — La torsion des annexes saines normalement situées dans l'abdomen. Thèse, Lille 1928.
- GUIMBELLOT. — Sur la torsion des annexes au cours de la grossesse. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 8 Janvier 1930.
- HAMANT. — Abscès froid bilat des trompes. Torsion à gauche. *Bull. Soc. d'Obs. et Gynéco. de Nancy*, Décembre 1923.
- HAMANT et VICHARD. — Torsion à évolution chronique de la trompe saine aboutissant à un infarctus tubaire en voie d'amputation spontanée.
- HARTMANN. — La torsion du pédicule des salpingo-ovarites. *Annales de Gynéco.*, 1898, T. L., page 167.
- HOFFMANN (Offenburg). — Torsion isolée de la trompe normale au huitième mois de la grossesse. *Zentral für Gynæk.*, 1921, page 1188.
- HOLSTZCHULTZ. — Sur les hémato-salpinx. *Zentral für Gynæk.*, 1925, page 894.
- HUSSY. — Isolierte torquierte normale tube. *Zentral für Gynæk.*, 1922, n° 48.
- INGELRANS (P.) et MINNE. — Un cas de torsion des annexes chez une fillette de 13 ans. *Bull. Soc. d'Obs. et de Gynéco.*, 1931.
- LAMBLE. — Mémoire sur la torsion de la trompe normale. *Zentral. für Gynæk.*, 1923, page 877.

- LAURENT DARNER (H.). — Torsion de la trompe de Fallope normale. *American Journal of Obstetries and Gynec.*, vol. XI n° 3, Mars 1926, page 368-377 ; *C. R. Journal de Chirurgie*, 8 Octobre 1926.
- LAZAREVITCH (Steyan). — Thèse, Montpellier, 1927.
- LECÈNE. — Torsion tubaire pendant la grossesse. *Archives mens. d'Obs. et de Gynéco.*, Juillet 1912.
- LENORMANT (Ch.). — Torsion d'une trompe saine. *Bullet. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 14 Mai 1927.
- LUCCIONI. — Thèse, Montpellier 1929. Etude expér. et clinique de la torsion des annexes saines. Son rôle dans l'étiologie de l'hématocèle pelvienne.
- MAUGÉ (J.). — Torsion de la trompe saine. *Soc. d'Obs. et de Gynéco. de Bordeaux*, 5 Mai 1931.
- MARSHALL ALLAN (R.). — Torsion de la trompe normale. *The Medical Journal of Australia*, ann. XII, Tome 11, n° 8, Octobre 1925, page 225.
- MANSEU. — Tubertorsion mit hematobildung und ihre étiologie. *Zentralblatt für Gyn.* 1922, n° 18.
- MAC - IROY (Miss). — Torsion isolée de la trompe. *The Journal of obstetries and Gynec of the British Empire*, Décembre 1910.
- MICHEL. — Isolierte torquierte normale tube. *Zentr. für Gyneck* 1922, n° 22, page 905.
- MICHON. — Le volvulus des annexes saines. *Gynécologie et Obstét.*, tome XXI, n° 2, Février 1930.
- MICHON et TRILLAT. — Volvulus d'une annexe saine. *Soc. de Chir. de Lyon*, 16 Avril 1931.
- MICHAEL (P. R.). — Torsion d'une trompe de Fallope (Zederlansch). C. rendu du *Journal de Chirurgie*, XXV, n° 23, page 369, Mars 1925.
- MOIROUD, DOR et LUCCIONI. — Torsion des annexes saines avec métrorragies chez une vierge. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 16 Avril 1932.
American Journal of Obstetries 1911, T. L. XIII, p. 850.
- MURARD (J.). — Torsion de l'ovaire sain au cours de la grossesse. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 4 Décembre 1929.
- MURREY. — Un cas d'étranglement de la trompe normale et de l'ovaire. *Zentral für Gyneck*, n° 7, 1924.
- NIGEL STARK (J.). — Torsion aiguë d'annexes normales avec hématosalpinx. *The Journal of Obstetries and Gyneco of the British Empire*, vol. XIX, page 2.585.

- NORRIS. — Un cas de torsion des annexes saines de l'utérus. OKINCZYC (J.). — *Bull. et mém. soc. nat. de chirurg.*, 4 Décembre 1929.
- PAOLI et VAN CUYCK. — Torsion de la trompe saine.
- PAUCOT et MEURISSE. — La torsion des annexes saines. *Revue Franç. de Gynéco et d'obst.* 1928, p. 567.
- PICOT. — Torsion de la trompe saine, au cours d'une appendicite aiguë. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de chirurg. de Paris*, 24 Février 1932.
- POIRIER. — Traité d'anatomie.
- POTHERAT. — In thèse Stoianovitch, « De la torsion de la trompe utérine saine », Paris, 1926.
- RABIER. — Thèse, Paris, 1902.
- REGAD (Jean). — La torsion des trompes utérines. 1932.
- RICARD (A.). — Torsion de la trompe droite saine chez une fille de 14 ans. Appendicite aiguë concomittante. *Bull. et Mém. Soc. nat. de chirurg.*, 6 Juillet 1932.
- ROCHER et JEANNENEY. — (Rapp. par Surray) : Torsion intra-abdominale de la trompe saine. *Bull. et Mém., Soc. nat. de chirurg.*, 20 Mars 1926.
- RUDER. — Stieldrehung der Tube bei normalin originellin geschlechtstractus. *Zentral für Gyne*, 1921.
- SORREL (C.). — *Communication Bull. et Mém. Soc. nat. de chir.*, 28 Janvier 1933.
- SORREL (C.), OBERTHUR (H.), SOUTSCH. — Torsion des annexes saines chez l'enfant. *Bull. et Mém. Soc. nat. de chirurg.*, 8 Juin 1932.
- SANTY. — *Communication Soc. de Chirurg. de Lyon*. 16 Avril 1931.
- SCHWARTZ. — Contribution à l'étude de la torsion tubaire. 2 cas. *Zentralblatt für Gynock*, 1922, p. 1959.
- SCHWARZWALLER. — Torsion isolée de la trompe. *Zent. für Gynock*, 1924, page 2287.
- SCHEID. — Torsion du pédicule des annexes chez l'enfant. *Zentralblatt für Gynock*, 7 Septembre 1922, p. 37.
- SCHWEITZER. — Isolierte Torsion der der normalen Tube. *Zentral für Gynockoe*, 1918, n° 2.
- SÉNÉCHAL (Marcel). — Etude expérimentale de la torsion de la trompe utérine saine. Congrès de Gynécologie du 5 Octobre 1932.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, tome V.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE PREMIER. — <i>Introduction</i>	5
Généralités	5
Limites du sujet	6
Plan	9
CHAPITRE II. — <i>Historique</i>	11
CHAPITRE III. — <i>Anatomie pathologique</i>	15
Généralités	15
Rappels d'anatomie et d'histologie normale....	15
Lésions anatomo-pathologiques	23
CHAPITRE IV. — <i>Etiologie</i>	39
Fréquence	39
Conditions générales de la torsion.....	40
Conclusion	48
CHAPITRE V. — <i>Pathogénie</i>	49
Généralités	49
Rôle des conditions étiologiques	50
La torsion	55
Modalité de la torsion et ses conséquences	61
Conclusion	66
CHAPITRE VI. — <i>Etude clinique</i>	67
Généralités	67
Torsion aiguë	68
Torsion subaiguë	88

Torsion chronique	91
Formes associées	102
Complications	111
Evolution	112
Conclusion	113
CHAPITRE VII. — <i>Diagnostic</i>	115
Généralités	115
Diagnostic différentiel	116
Diagnostic positif	118
CHAPITRE VIII. — <i>Traitement et pronostic</i>	121
Choix du traitement	121
Le traitement chirurgical	121
Pronostic	122
CONCLUSION	123
BIBLIOGRAPHIE	125

